

{ 生命傷害共済 } 受付表

No. \_\_\_\_\_

		受付日：令和 年 月 日 ( ) 様から連絡有り
契約者 _____ Tel ( ) -		代理所 _____ 証書番号 第 _____ 号
被共済者 _____ 生年月日 _____ 生		契約内容：
事故日：令和 年 月 日		共済金額 ( ) 万円
事故状況		
請求書類	送付日：令和 年 月 日 契約者・代理所・その他 担当 様 営業担当 ( ) へコピー	メモ 入金 可・否