

※この用紙は、提出用ではありません。

保険会社・代理店報告日 20 年 月 日 時 分

|                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| 取扱代理店            | 有限会社コスモ保険センター            |
| メールアドレス          | cosmo200@siren.ocn.ne.jp |
| FAX 011-758-3060 | TEL 011-758-3939         |

※記入方法や、保険料支払いの流れなど、ご不明な点がございましたら、  
**町連事務局（32-6609）** までお問い合わせください。

「町内会長の印」を押印してください。

事故の内容及び事故の発生した場所の図を、  
分かる範囲でご記入ください。

保険請求のための書類は、負傷された方宛てに郵送されます。  
記入もれのないよう、ご記入ください。

整骨院、整体院は保険適応外になる可能性がありますので、  
そのような治療院へ通院された場合は、町連事務局までお問合せください。

個人情報に関する部分になりますので、  
**必ず確認**し、その日付をご記入下さい。