

# 事故通知書兼団体総合補償制度費用保険金請求書(見本)

注意:この書類は個人情報を含みます。FAXと同時にTELでの確認をお願いします。

弊社整理番号

FAX(TEL) : 0744-33-8101 → 奈良県高体連事務局 行

事故日から30日以内に顧問・職員が①・② ( 部分の項目欄)にご記入の上左記へお送りください。

下記の大会に参加中、大会参加者の災害補償規程の補償対象となる身体障害を被りましたので、連盟事務局の確認を得たうえで、事故報告欄に記載のとおり報告します。

報告日:平成 29年 8月 2日

① 報告者氏名: 高体連 太郎		被補償者との関係: (顧問)・職員・専門委員長・その他( ) ご連絡先 ( )	
保険の種類	団体総合補償制度費用保険(wiz)行事参加者特約付帯	連盟事務局確認欄	
証券番号		競技種目	〇〇競技
保険期間		被補償者区分 (ケガ・病気をされた方)	<input type="checkbox"/> 顧問・役員 <input checked="" type="checkbox"/> 選手・補欠 <input type="checkbox"/> マネージャー <input type="checkbox"/> 補助員
大会名	全国高等学校総合体育大会 〇〇競技		
(大会正式名称)			
契約者 (被保険者)	名称: 奈良県高等学校体育連盟 住所: 奈良県 磯城郡 田原本町秦庄 22-1 奈良県教育研究所 (内)	下記被補償者が、災害補償規程にもとづき直接貴社に請求することを承認し、支払先を下記に指定します。 (保険申込書に捺印した印を押印)	
		(印)	

② 事故通知欄		*FAXで事故日から30日以内にお送りください。(③は、記入不要です。)			
被補償者 (ケガ・病気をされた方)	住所	フリガナ 下 奈良県 磯城郡 田原本町秦庄 22-1 奈良県教育研究所 (内)			
	電話番号	( )	FAX	( )	<input type="checkbox"/> 電話番号と同じ
	氏名	フリガナ 高体連 太郎	性別	年齢	学校名
事故発生状況	事故発生日時:	7月 16日 14時 20分頃	場所:	〇〇体育館	
例)ゲーム前のア公式練習中に選手と接触し、捻挫した。					
例)試合の応援中、不注意で転倒し、小指を骨折。等					
傷病名(疾病名)				後遺障害:	有・無・未定
病院名	担当医:	電話番号	( )		

③ 保険金請求欄		*傷病が治ったあと、ご記入、ご記名およびご捺印の上、損害サービスセンターまでご郵送ください。																													
保険金請求者(被補償者またはその親権者)		保険金支払指図欄(必ず通帳で確認してご記入ください。)																													
連盟事務局(被保険者)の事前の承認を得て、大会参加者の災害補償規程にもとづく補償金として、貴社に保険金を請求します。		振込先口座	金融機関 銀行 信金 フリガナ																												
請求日 平成 年 月 日			信組 農協 労金 支店																												
フリガナ 氏名			種類	<input type="checkbox"/> 普通	番号																										
(被補償者本人または親権者以外の方が請求する場合は他の様式をご使用ください。)			<input type="checkbox"/> 当座	番号																											
病院名 ①に記入した病院と同じ場合記入不要		電話番号 ( )		担当医:																											
ケガ又は病気の名前																															
ケガの部位	1頭部 2顔面 3頸部 4胸部 5腹部 6腰部 7上肢/手指[具体的に例:右親指]( ) 8下肢/足指 9臓器 0その他( )																														
ケガの状態	1骨折 2脱臼 3打撲 4捻挫 5切り傷 6欠損・切断 7やけど 8内出血 9破裂 0その他( )																														
入通院状況申告欄		病院から取付ける必要はありません。ご自分でご記入ください。ただし、別途診断書の提出をお願いする場合があります。																													
治癒状況	平成 年 月 日において 治癒・治療中・治療中止																														
入院状況	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで( )日間																														
通院状況	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで( )日間 うち実際に通院した日数( )日間																														
入院日には◎、通院日には○をつけてください。病医院などの診察券コピーおよびレシートコピーを添付してください。																															
( )月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
( )月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
( )月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
( )月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
( )月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
( )月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
固定具の使用	1.ギプス 2.シーネ 3.その他の固定具の名称( ) 期間:平成 年 月 日から平成 年 月 日まで																														