

## 事故発生状況報告書兼現認証明書

保険種類	団体総合補償制度費用保険(WIZ)
契約者	東部地域総合型スポーツクラブ
証券番号	EB -
保険期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

## 報告者

連絡先 096 - 368 - 5311

団体名  契約者と同じ  契約者印または団体担当者印を押捺(個人印の場合、役職などご記入ください。)東部地域総合型スポーツクラブ  
会長 佐々木 俊和

印

上記保険契約者の災害補償規程の補償対象となる傷病を被りましたので、下記のとおり報告致します。  
また、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ます。

## 1 おケガなどをされた方(被補償者)

住所	〒 -		
	日中の連絡先 (自宅・勤務先・携帯)	- -	
フリガナ		生年月日	年 月 日 (才)
氏名	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	職業/学校名	役職/所属団体

## 2 事故の内容 できるだけ詳しくご記入ください。

発生日時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分頃
発生場所	都道府県 市区郡 区町村 にて
事故発生状況 ※なぜ、どのようにして事故にあったかなど詳しく記入	<input type="checkbox"/> 行事参加中 <input type="checkbox"/> 往復途上 (左記のいずれかに該当する場合はレ印をお願いします)
	状況:

## 3 治療の状況 該当箇所には○印をご記入ください。

傷病について	<input type="radio"/> ケガ <input type="radio"/> 特定疾病 <input type="checkbox"/> 熱中症(日射病・熱射病など)・脱水症 <input type="checkbox"/> 細菌性食物中毒・低体温症・その他( )
ケガの部位	頭部・顔面・首・腕・手指・腰・脚・足指・その他( )
ケガの状態	打撲・捻挫・骨折・すり傷・切り傷・脱きゅう・やけど・その他( )
ギプス装着	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
病院名 わかる範囲で ご記入ください	病院名 電話番号 傷病名 ( - - )

## 4 保険金請求手配について 該当箇所にはレ印を入れてください。

保険金請求書	<input type="checkbox"/> 保険会社より被補償者に直接送付 <input type="checkbox"/> 契約者にて渡し済み <input type="checkbox"/> その他	事故受付ハガキ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	今後の連絡先 <input type="checkbox"/> 契約者(連絡者) <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 被補償者(負傷者)	保険金支払案内	契約者あて <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
					被補償者あて <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要