

## ※ 傷害保険事故（加入者本人がケガをした場合）

## スポーツ安全保険（傷害保険）事故通知

次のとおり事故がありましたので通知します。 20 年 月 日

報告者	氏名			TEL	-	-
単位団名	三朝_____スポーツ少年団					
負傷者 (ケガを された方)	フリガナ					
	住所	〒				
	フリガナ		性別	男・女		
	氏名		生年月日	20	年	月 日
	電話番号	TEL	( )	年齢 ( 才)		
事故の日時	20	年	月	日 ( )	午前	時 分頃
事故の場所	都道府県 施設名：					
事故の状況	<p>事故の状況を詳しくご記入ください。</p> <p>①活動内容</p> <p>②何をしている時</p> <p>③何がおきて</p> <p>④どのようなになったか</p> <p>【該当する活動状況に○印をして下さい】</p> <p>1. 団体活動中 2. 団体活動場所への経路往復中</p> <p>3. 1・2以外 (AW区分でのご加入の場合のみ対象)</p>					
傷害の内容	傷病名		部位			
治療期間 (見込み)	(入院)	有	・	無	医療機関名①	
	(通院)	有	・	無	医療機関名②	

上記に記入後、三朝町スポーツ少年団本部事務局（教育委員会内）まで報告下さい