日本学生陸上競技連合傷害保険事故報告（2016年度用）

※万一事故にあわれたときは、日本学生陸上競技連合登録証コピーと、この事故報告書を日本学生陸上競技連合にFAX（03-5304-5569）してください。
事故の日から30日以内にご連絡がない場合は、保険金のお支払いができなくなることがありますのでご注意ください。

公益社団法人　日本学生陸上競技連合
TEL　：　03-5304-5542
FAX　：　03-5304-5569
〒151-0053
東京都渋谷区代々木1－58－11
中沢ビル2F

TEL　：
FAX　：

ご担当者

受付日	連絡日

事故発生日時	年　月　日　午前・午後　時　分頃
事故場所	（住所）　都・道・府・県　区・市・町・村 （場所）
事故状況	

おケガされた方
（フリガナ）
氏　名
（漢　字）

電話番号

性別　男・女　年齢　才

大学名

会員登録番号

保険金請求書送付先
住　所
郵便番号　□□□－□□□□　都道府県名

カナ
市町村名

丁　目
番　地

マンション名
方書など

（カタカナ）
宛　名

おケガの内容
治療期間：入院（見込・確定）　月　日～　月　日　／通院（見込・確定）　月　日～　月　日（実日数　日位）

傷害部位：頭　顔　頸　胸　背　肩　腹　腰　腕　手指　足　足指	おケガの状態　：打撲　捻挫　脱臼　骨折　切り傷　火傷
その他（　　）	その他（傷病名）
病院名　： ＴＥＬ　：　（　　）	外科　整形外科　脳外科 その他（傷病名）＿＿＿＿＿＿

部活動団体管理下での競技活動中に、
上記事故の発生したことを証明致します。

年　月　日

（大学名）
（住所）
（電話）
（指導者氏名）

印

（必ずご記入ください。）