|  |
| --- |
| **ケガをされた時　（保険金の支払い対象は、入院は１日目から・通院は****通院日数が８日以上・手術は保険会社の規定内の手術を受けられた場合です。）** |

**↑ＦＡＸ ０７９７－３４－３５９２　㈲光陽商会　前田　宛**

**メ－ル → ｋｏｙｏ－９２１１２２ ＠ ｃａｒ.ｏｃｎ.ｎｅ.ｊｐ**

スポ－ツチ－ム総合保険　事故受付票　（ケガ）

|  |  |
| --- | --- |
| 報　告　者 | [親権者・指導者・（　　　　）] |
| 所 属 支 部 |  |
| チ－ム　名 |  |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）ご本人名(受傷者) | 　　　　　　　　　　　　　　生年月日　S・H　　　年　　　月　　　日 |
| ご　住　所 | 〒 |
| 日中連絡先自宅連絡先 | （　　　　）－（　　 　　）－（　 　　　）市外局番（　　　　）－（　　　　）－（　　　　　　　） |

**おケガについて**

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 状　　況受傷形態 | **（どこを どのように ケガをされたか詳しく ご記入ください。）**・切り傷・打撲・捻挫・やけど・骨折・その他（　　　　　　　　　　　）入院( 　 )日・通院( 　 )日・手術（手術名　　　　　　　　　　　　　）※いずれかに○をつけ治療見込み日数をご記入ください。 |
| 病院名・電話番号 | 　　　　（　　　）－（　　　）－（　　　　） |

以上 ご記入のうえ、ＦＡＸ または メ－ルにて、ご報告をお願い致します。

後日、保険会社（あいおいニッセイ同和損害保険㈱）よりケガをされた方へ、

保険金の請求に必要な書類一式を直接お送り致します。

　　　　　　　　　　　　　あいおいニッセイ同和損害保険㈱

代理店　有限会社光陽商会（前田）

　　　　　　　　　　　　　〒659-0031兵庫県 芦屋市 新浜町 ２－５－７０７

　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL ０７９７－３４－３５９１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX ０７９７－３４－３５９２