

傷害保険事故受付票

報告者

連絡先 TEL

NO. _____

契約者名	(公社) 福井市スポーツ協会		証券番号:
フリガナ		生	大・昭・平 年 月 日 (歳)
受 傷 者 氏 名	男 女	年 月 日	
住 所	〒 _____		自 宅 TEL () - 日中連絡先 TEL () -
発 生 日	令和 年 月 日	午前・午後	時 頃
発 生 場 所			
受傷の原因・ 状況			
傷病名 (お怪我の名前)			
病院名		請求書の 送付先	自宅 ・ その他 ()
お怪我の程度	入院 / ~ /	通院 / ~ /	
	手術日 /	手術名 ()	

※事故の報告が発生より30日以上経過している場合、遅延理由書を提出していただくことがあります。