**年　　月　　日**

**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**  **受傷者氏名** |  | | **生年月日** | | **大・昭・平**  **年　月　　日　（　　　歳　）** | |
| **男**  **女** | |
| **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。**