■ 保険金請求書記入例

①～⑤は必ずご記入ください。⑥は診断書をご提出されない場合にご記入ください。診断書のご提出要否については「3. 診断書のご提出について」をご確認ください。
保険金請求に必要な書類は、表紙の一覧表をご参照ください。

請求書ご記入日となります。

住所・氏名には必ずフリガナをご記入ください。

ご捺印は１～２枚目すべてにお願いいたします。

通帳をご覧のうえ正確にご記入ください。

加入内容についてご不明な点は団体の代表者様へご確認ください。

該当する事故発生原因のすべてに○印を付けてください。

スポーツ名も必ずご記入ください。

医師の診断による傷病名をご記入ください。

大枠内はもれなくご記入ください。

加入依頼書を参考にご記入ください。

ご自身でご記入ください。

スポーツ安全保険　傷害保険金請求書（兼 治療状況報告書 兼 事故証明書）

東京海上日動火災保険株式会社　宛

請求年月日　△△年　3月　5日

1. 本書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金請求しますので、下記口座にお振込ください。振込みをもって支払いがなされたものと認めます。
2. 私は、貴社またその指名する者が保険金の支払いをするために必要な範囲で、治療の内容・症状の程度を確認するための医療情報を取得・利用することに同意します。
3. 私は、貴社が本請求書に記載された個人情報を（財）スポーツ安全協会が実施するスポーツ活動等の普及奨励に関する事業や、スポーツ活動等における事故防止の推進事業のために同協会へ提供することに同意します。

<個人情報の利用目的>
お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

1. おけがされた方が団体代表者またはそのご家族の場合は、加入依頼書に記載されている他の成人の方がご記入ください。
2. AW子どもワイドにご加入の方で、団体活動中以外・団体活動への往復途上以外の事故の場合は、代表者の証明は不要です。

1 おけがをされた方

〒 000－XXXX　日中連絡先　03（XXXX）△△△△
フリガナ　トウキョウトシブヤクマルバツマチ
住所　東京都渋谷区○×町△－△
フリガナ　ホケン　ハナコ
氏名　保険　花子　（保険）
2枚目にもご捺印ください。
[男 ・ ✓女]　12才
0X年 12月 8日生
おけがをされた方が未成年の場合、こちらに親権者の方のご署名をお願いします。　保険　陽一
請求する保険金の種類：[✓通院]　[✓入院]　[✓手術]　後遺障害　死亡

2 団体代表者証明印

〒424－0924　TEL 054（337）0302
フリガナ　シズオカシシミズクセイカイ
住所　静岡市清水区清開2-1-1
フリガナ　ニシムラ　ツトム
氏名　西村　勉　（西村）
2枚目にもご捺印ください。
下記は事実に相違ないことを証明いたします。（治療状況を除く）
本協会で捺印します

3 保険金支払先

［○×］[✓銀行]・信用金庫・信用組合・農協　［丸の内］[✓支店]・支所
[✓普通・総合]・当座・貯蓄　店番 100　口座番号 XXXXXXX
ゆうちょ銀行　※通帳の「郵便振替口座開設（送金機能）」欄に○が付されていることを予めご確認ください。
通帳記号（5ケタ）1　　　0　通帳番号（8ケタ）
口座名義（カタカナでご記入ください）ホケン　ヨウイチ

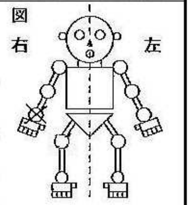
4 加入内容

団体の名称	NPO法人清水サッカー協会	団体の所在地	静岡　都・道・府・[✓県]　静岡　[✓市]・区・郡
団体の活動内容	サッカー	加入区分 該当する加入区分に○印を付けてください	[✓A1]　AW　A2　C　AC　B　D　短期スポーツ教室 ※平成20年度以前のご加入で、子どもの団体A区分の場合はA1、大人の団体A区分の場合はA2に○印を付けてください。
会員登録番号または加入依頼番号	本協会で記入します		

5 事故の内容

日時　△△年 1月 6日（木）曜 [✓午前]・午後　9時 55分頃
場所　東京都渋谷区○×町×－×
原因　1.疾走中 2.タックルしたとき 3.落下 4.ひねり 5.ジャンプしたとき 6.着地したとき 7.キックしたとき 8.投げたとき 9.飛び込むとき 10.スライディングして 11.投げられたとき 12.飛来物落下より 13.うけそこなう [✓14.転倒] 15.打撲 16.衝突 17.交通事故 18.その他
1. スポーツ活動中の団体（種目：　　）2. スポーツ以外 活動中 3. 指導中 [✓4. 経路往復中] 5. 左記以外（AW子どもワイドのみ）
〔状況〕自宅から自転車で ○○小グランドへ向かう途中、横断歩道の段差で転倒し、負傷した。
運転免許証番号（被保険者が車を運転中の事故の場合のみご記入ください）（　　）（普・中・大）（Ⅰ・Ⅱ）（　年　月）交付（　年　月　日）まで有効
届出官公署名（警察・消防署等）（届出日　年　月　日）

おけがの位置に×印を付けてください。



6 治療状況（診断書を提出される場合はこの欄の記入は不要です※）

症状　脱臼・捻挫・挫傷・打撲・腱断裂・創傷・[✓骨折]・その他（傷病名　橈骨遠位端骨折　）

記入いただいた治療内容について、弊社より医療機関などへ確認させていただく場合がございます。
〔入院〕△△年 1月 6日～ △△年 1月 15日
〔通院〕実際に通院治療を受けた日に○印を付けてください。2カ所以上の医療機関に通院された場合は、△・×印等で区別してください。

（1）月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	⑯	17	18	19	⑳	21	22	㉓	24	25	㉖	27	㉘	29	30	31	5日
（2）月	△1	2	△3	4	5	6	△7	8	△9	△10	11	12	13	△14	15	△16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	7日
（　）月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
（　）月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
（　）月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
（　）月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
（　）月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日

〔手術〕実施日　年　月　日　手術名：　観血・非観血

医療機関
治療期間が記載された医療機関の領収書（原本またはコピー）を添付してください（無い場合は診察券のコピーを添付いただくか、下欄に医療機関名等をご記入ください）。

〔名称〕○○大学附属病院	〔名称〕○×整形外科
〔所在地〕渋谷区○×町○－×	〔所在地〕渋谷区○×町△－○○
TEL 03（0000）XXXX　〔担当医師名〕整形外科○×医師	TEL 03（XXXX）0000　〔担当医師名〕△△医師

固定具の使用

［常時装着（＊）した期間］（＊）「入浴中のみ取り外す」等は常時装着に含みます。	［固定具の種類］	［手首または足首を含む固定］
△△年 1月 6日から △△年 1月 23日まで	[✓ギプス]・副子・副木・シーネ・ギプスシーネ・その他（　）	無・[✓有]
年　月　日から 年　月　日まで	ギプス・副子・副木・シーネ・ギプスシーネ・その他（　）	無・有

支障期間
平常の業務または生活（更衣・入浴・家事・書字等）に著しい支障があった期間
△△年　1月　6日から
△△年　2月　10日まで
具体的支障内容［利き手の固定により日常生活に支障が出た］

（※）診断書の提出要否については、「3. 診断書のご提出について」をご確認ください。

保険会社記入欄

死亡保険金　円	入院保険金　円	通院保険金　円
後遺障害保険金　円	手術保険金　円	支払年月日　年　月　日

[illegible]