

■ 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。診断書のご提出可否については「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。

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

請求書記入日となります。

1. 本誌の内容が事実と相違ないことを確認し保険金を請求しますので、下記内容にお記入ください。虚偽をもちて支払いがなされたものと認めます。
 2. 私は、貴社またはその指名する者が保険金の支払いをするために必要な経緯で、治療の内容・症状の程度を診断するための医師の診断書を受け、利用することになります。
 3. 私は、貴社が本請求書に記載された個人情報(別) スポーツ安全協会が実施するスポーツ活動等の普及振興に関する事業や、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、保険引換の際、保険事故への対応(関係先への報告等の事実関係の整理や賠償する損害保険について損害保険会社や東京海上グループ内での情報を含みます)、保険金の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。

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。

おけがをされた方

〒000-XXXX 日中連絡先 03 (XXXX) △△△△

フリガナ トウホウノウトシズケママルゴウジマホ

住所 東京都渋谷区〇×町△-△

フリガナ ホケン ハナコ

氏名 保険 花子

性別 男 年齢 12才

生年月日 〇X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

死亡 手術 後遺障害 通院

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。

団体代表者証明印

〒424-0924 TEL 054 (337) 0302

フリガナ シズオカシシズケモイカイ

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

下記は事実と相違ないことを証明いたします。(治療状況を除く)

ゆうちょ 銀行

※通帳の郵便振替口座開設(送金機能)欄に〇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 (6ケタ)

口座名義 (ご記入ください) ホケン ヨウイチ

通帳をご覧のうえ正確にご記入ください。

保険金支払先

〇× 丸の内

口座番号 XXXXXXXXXX

口座名義 (ご記入ください) ホケン ヨウイチ

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。

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 静岡 市・区 静岡

団体の活動内容 サッカー

加入区分 A1 AW A2 C AC B D 短期スポーツ教室

※平成20年以前のご加入で、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に〇印を付けてください。

事故の内容

日時 △△年 1月 6日(木) 9時 55分頃

場所 東京都渋谷区〇×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 ④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)

治療内容

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に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〇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

〔手術〕 実施日 年 月 日 手術名: 鏡 血 : 非鏡血

該当する事故発生原因のすべてに〇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。

治療内容

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(無い場合は診療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〕 〇〇大学附属病院 (所在地) 渋谷区〇×町〇-×

〔名称〕 〇×整形外科 (所在地) 渋谷区〇×町△-〇〇

TEL 03 (0000) XXXX (担当医師名) 整形外科〇×医師 TEL 03 (XXXX) 0000 (担当医師名) △△医師

〔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。

△△年 1月 6日 から △△年 1月 23日 まで

〔固定具の種類〕

〔手術または足首を含む固定〕

支障期間

平常の業務または生活(更衣・入浴・家事・字字等)に着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

(※)診断書の提出可否については、「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
後遺障害保険金	円	手術保険金	円
		通院保険金	円
		支払年月日	年 月 日

本協会にて捺印します