

スポーツ安全保険事故通知

次の通り 傷害保険 (突然死葬祭費用保険) の事故がありましたので「個人情報の利用目的」に同意の上、通知致します。

平成 年 月 日

加入内容	ご加入方法		<input checked="" type="checkbox"/> 加入依頼書加入 <input checked="" type="checkbox"/> インターネット (通常加入手続方式) <input checked="" type="checkbox"/> インターネット (翌月一括手続方式)	
	会員登録番号 または 加入依頼番号		都道府県 支部番号 08000-C0649-00211 <small>インターネット加入の場合は、都道府県の記入の必要はありません。</small>	
	所属団体名		フリガナ チクセイネストエスエムシー 筑西ネストSMC	
	団体代表者	フリガナ	イシツカ アキヒロ	
		お名前	石塚 晃浩	
		昼間の連絡先	TEL 0296(57) 6693 携帯 ()	
	負傷者または被災者	フリガナ	〒	
		ご住所		
		フリガナ	男・女 () 歳	
		お名前	生年月日: 年 月 日	
	昼間の連絡先	TEL () 携帯 ()		
加入手続日※		平成 年 月 日	加入区分	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> AW <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D (短期スポーツ教室)
事故の日時		平成 年 月 日 () 曜日		(午前) 時頃 (午後)
事故の場所				
事故の状況 (活動内容)		事故の状況を詳しくご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 団体活動中 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 団体活動場所への経路往復中 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 1,2以外(AW区分でご加入の場合のみ対象)		
傷害または被災の内容		傷病名	部位	
治療期間(見込み) (傷害保険の通知のみ)		(入院) 日間	医療機関名①	
		(通院) 日間	医療機関名②	

※団体が加入手続きを行った日になりますので、団体代表者の方にご確認ください。