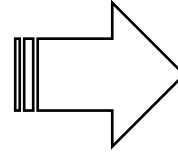


事故報告書 兼 事故証明書

一般社団法人神奈川県水泳連盟（以下本連盟）が主催する競技会、合宿、練習会において、万一事故にあわれた場合は、この事故報告書を本連盟事務局までFAXまたは郵送にてご連絡ください。事故の発生日から30日以内にご連絡がない場合、保険金のお支払いが出来なくなる場合がありますのでご注意ください。

報告日 令和 年 月 日

契約者	(一社) 神奈川県水泳連盟
競技会名 イベント名	



神奈川県水泳連盟事務局 FAX 0466-33-6742

上記大会、イベントに参加中に発生した事故について、下記の通り報告いたします。

請求の種目	1 傷害保険	証券番号	Y185893899
報告者 (※)	フリガナ 所属名称		
	フリガナ 住所	〒	
	TEL		
	担当者名	受傷者との 関係	
事故発生日 (※)	令和 年 月 日		
事故発生場所 (※)			
事故の状況詳細 (※)			
受傷者 (※)	フリガナ 氏名	性別	男 ・ 女
	生年月日	西暦 年 月 日	年齢 歳
	フリガナ 住所	〒	
	TEL		
受傷内容 (※)	部位	頭 顔 頸 胸 背 肩 腹 腰 腕 手指 足 足指 他 ()	
	状態	打撲 捻挫 脱臼 骨折 切り傷 その他 ()	
治癒見込 (※)	通院	令和 年 月 日 ~ 月 日 (日間位) (見込・確定)	
	入院	令和 年 月 日 ~ 月 日 (日間位) (見込・確定)	
病院名 (※)	所在地	〒	
	名称	TEL	
賠償事故	フリガナ 加害者氏名	性別	男 ・ 女
	生年月日	西暦 年 月 日	年齢 歳
	フリガナ 住所	〒	
	TEL		
保険金請求書類送付先 (※)	1 保険契約者宛て 2 受傷者宛て 3 その他		

(※) 印のついている項目を全て記載してください。

上記事故は () において発生したものであることを証明致します。

令和 年 月 日

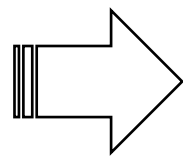
記入例
 (※)の項目について
 漏れなく
 記入してください。

事故報告書 兼 事故証明書

一般社団法人神奈川県水泳連盟（以下本連盟）が主催する競技会、合宿、練習会において、万一事故にあわれた場合は、この事故報告書を本連盟事務局までFAXまたは郵送にてご連絡ください。事故の発生日から30日以内にご連絡がない場合、保険金のお支払いが出来なくなる場合がありますのでご注意ください。

報告日 令和 年 月 日

契約者	(一社) 神奈川県水泳連盟
競技会名 イベント名	



神奈川県水泳連盟事務局
FAX 0466-33-6742

上記大会、イベントに参加中に発生した事故について、下記の通り報告いたします。

請求の種目	1 傷害保険	証券番号	Y185893899	
報告者 (※)	フリガナ 所属名称	○△スイミングクラブ		
	フリガナ 住所	〒123-4567 ○○市▽△区 8-9-10		
	TEL	045-1234-5678		
	担当者名	神奈川 三郎	受傷者との 関係	担当コーチ (引率)
事故発生日 (※)	令和 ○○ 年 ○× 月 △△ 日			
事故発生場所 (※)	○○市立△△水泳場			
事故の状況詳細 (※)	競技終了後、プールから上がるときにタッチ板に指を挟んだ。			
受傷者 (※)	フリガナ 氏名	横浜 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女
	生年月日	西暦 1995 年 8 月 8 日	年齢	28 歳
	フリガナ 住所	〒987-6543 ○○市▽△ 1-2-3		
	TEL	045-789-1234		
受傷内容 (※)	部位	頭 顔 頸 胸 背 肩 腹 腰 腕 手指 足 足指 他 ()		
	状態	打撲 捻挫 脱臼 骨折 切り傷 其他 ()		
治癒見込 (※)	通院	令和 年 月 日 ~ 月 日 (日間位) (見込・確定)		
	入院	令和 年 月 日 ~ 月 日 (日間位) (見込・確定)		
病院名 (※)	所在地	〒987-2222 ○○市○○ 3-4-5		
	名称	◎◎市民病院	TEL	045-456-7891
賠償事故	フリガナ 加害者氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳
	フリガナ 住所	〒		
	TEL			
保険金請求書類送付先 (※)	1 保険契約者宛て 2 受傷者宛て 3 その他			

(※) 印のついている項目を全て記載してください。

上記事故は () において発生したものであることを証明致します。
 令和 年 月 日