

傷害事故受付票 (県・東部・中部・西部)

☆事故の報告は必要箇所をご記入の上、担当者の梶原までFAXにてお願いいたします。

大会名		所属名	
フリガナ			
おケガをされた方	様		
生年月日	T・S・H	年	月 日 歳
性別	男 ・ 女		
フリガナ			
住所	〒 -		
電話番号	- -		
携帯番号	- -		
フリガナ			
おケガをされた方が 未成年者の場合は親権者	様		
事故日	令和	年	月 日 時 分頃
事故会場			
・事故の状況 ・ケガの状況 <small>(どのようにして、どの部位が、どのような症状になりましたか?)</small>	入院 有 ・ 無		
病院 ①			
	電話番号	- -	
病院 ②			
	電話番号	- -	

契約者	静岡県柔道協会 会長 野田昭一		
引受保険会社	三井住友海上火災保険株式会社		
証券番号	NC05398852		
保険期間	令和4年4月1日～令和5年3月31日		
保険金額	死亡・後遺障害保険金額※	130万円	
	入院日額	1,500円	
	通院日額	1,000円	
担当者	静岡県柔道協会 事務局長 梶原和洋		
	TEL:090-1832-9084 FAX:055-988-3611		

※ 後遺障害保険金は、後遺障害の程度に応じて、死亡・後遺障害保険金額の100%～4%となります。

代理店受付日	
代理店担当者	株式会社ハート・ライフ 野口光章

★被保険者へ直接ご連絡をお願いします。