

# 日本学生陸上競技連合傷害保険事故報告(2013年度用)

※万一事故にあわれたときは、日本学生陸上競技連合登録証コピーと、この事故報告書を日本学生陸上競技連合にFAX(03-5304-5569)してください。

事故の日から30日以内にご連絡がない場合は、保険金のお支払いができなくなることがありますのでご注意ください。

<b>公益社団法人 日本学生陸上競技連合</b> TEL : 03-5304-5542 FAX : 03-5304-5569 〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-58-11 中沢ビル2F		TEL : 03-****-**** FAX : ご担当者 <b>学連 太郎</b>	<table border="1"> <tr> <th>受付日</th> <th>連絡日</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	受付日	連絡日		
受付日	連絡日						
事故発生日時	2013 年 7 月 1 日 午前(午後) 6 時 30 分頃						
事故場所	(住所) 東京 (都) 道・府・県 渋谷 (区) 市・町・村 千駄ヶ谷XXX-XXX						
	(場所) 日本学連大学陸上競技場						
事故状況	1. 団体活動中 2. 団体活動への往復中						
練習中、ハードル競技を行っているときに転倒し、左足首を捻挫。							
おケガされた方							
(フリガナ)	リクジョウ ハナコ	電話番号	03-****-****				
氏名	陸上 花子	性別	男(女) 年齢 22 才				
(漢字)		会員登録番号	3-9876				
大学名	日本学連大学						
保険金請求書送付先							
住所	神奈川県						
郵便番号	100-0000	都道府県名					
カナ	〇〇市 〇〇区						
市町村名							
丁目	1-1-1						
番地							
マンション名	〇〇〇マンション101号室						
方書など							
(カタカナ)	陸上 花子 (リクジョウ ハナコ)						
宛名							
おケガの内容							
治療期間:入院(見込・確定)	7月2日~7月3日	通院(見込・確定)	7月5日~7月20日(実日数5日位)				
傷害部位:	頭 顔 頸 胸 背 肩 腹 腰 腕 手指(足) 足指	おケガの状態:	打撲(捻挫) 脱臼 骨折 切り傷 火傷				
その他( )		その他(傷病名)					
病院名:	学連病院	外科	整形外科 脳外科				
TEL:	03(XXXX)XXXX	その他(傷病名)					
部活動団体管理下での競技活動中に、上記事故の発生したことを証明致します。		(大学名) 日本学連大学	必ず捺印が必要です。				
2013 年 7 月 2日		(住所) 東京都渋谷区千駄ヶ谷XXX-XXX					
(必ずご記入ください。)		(電話) 03-XXXX-XXXX					
		(指導者氏名) 学連 太郎					
		印					