**（有)バック・アップ　　　　　ＦＡＸ：　　　　０５８－２９３－０８１２**

**担当　木村　行　　　　　Ｍａｉｌ：　　ｋｉｍｕｒａ＠ｎｂａ－ｋ．ｃｏｍ**

岐阜県クラブバスケットボール連盟用　　事故報告書

事故の報告はケガの完治を待たずに受傷後すぐに連絡をお願いします。　　　　証券番号：　**１７２６１６１５５０**

遅延した場合は、確認作業などで円滑に保険金の支払いが進まない場合もございます。

連絡日　　　　 　　　　　　年　　　　　月　　　　日

**事故日時**　　　Ｈ　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日　 午前　・　午後　　　　　時　　　　　　　分　頃

チーム名

ケガをされた方　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女　　生年月日　Ｓ・Ｈ

　　　　　　　　　　　 住所

　　　　　　　　　　　 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話

　　　　　　　　　　　　＊電話番号か携帯番号は必ずご記入ください。事故内容やケガの程度などお聞きする場合があります。

事故場所

　　　　　　　　　＊住所がわからなければ体育館名や施設名など

事故状況

　　　　　　　　　＊状況は出来るだけ具体的に記入ください

おケガの部位　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　おケガの内容

病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院ＴＥＬ

初診日　　　Ｈ　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日　　全治予定　　　Ｈ　　　　　　年　　　　　　　　　月　　　頃

備考

★保険金請求に必要な書類

　　・保険金請求書（後日、当社指定の用紙をお送りします）　　・診察券のコピー（病院名・患者名の確認の為）

　　・治療費の領収証のコピー（入院・通院の日数の確認の為）

　　＊別途診断書（当社指定の用紙）の取り付けが必要となる場合があります