

# 傷害保険事故報告書

被保険者（負傷した人）

|             |                                     |            |
|-------------|-------------------------------------|------------|
| ふりがな        |                                     | 生年月日（年齢）   |
| 氏名          |                                     | 年 月 日生（ 歳） |
| 住所          | 〒<br>※被保険者が学生の場合は連絡先の保護者名も記載してください。 |            |
| 連絡先<br>電話番号 | （ ） —                               |            |
| 競技種目        |                                     |            |
| チーム名        |                                     |            |

事故発生日時

事故発生場所

事故の状況（負傷した原因）

負傷した箇所

治療を受けた病院（病院名・電話番号）

治療内容と現在の状態

以上の項目にご記入の上、下記へ連絡をお願いします。  
記載された個人情報は、保険に関する手続きのため保険会社および  
取扱代理店へ提供します。

大会本部  
(公財)広島県スポーツ協会事務局  
TEL(082)221-4600  
FAX(082)222-8040