記載例 傷害

報告請求日 ○○年 6月 10日

【全日本早起き野球傷害保険】

事故報告書＊傷害保険金請求書

＊個人情報の取扱に関する同意書

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 御中

1. 下記事故について、損害保険ジャパン日本興亜株式会社（以下「損保ジャパン日本興亜」といいます）との保険契約に基づき、保険金を請求します。
2. 本書裏面「他の保険契約等の保険金請求に関する事項」に同意します。
3. 本書裏面「個人情報の取扱に関する事項」のとおり、損保ジャパン日本興亜の本保険金請求に関する個人情報の取扱に同意します。
4. （「入院通院申告書」を ご利用される場合）「入院通院申告書」に記載の内容は、事実に相違ないことを申告します。
5. 下記「保険金振込口座」への振込をもって保険金を受領したものと認めます。

★ 下記の通り事故報告いたします。

保険金請求者	団体名	長野 区・市・町・村・リーグ	チーム名 暁クラブ
	住所	〒381-0000 長野市三輪 1-1-1	
	フリガナ / 氏名	ハヤオキ イチロウ / 早起 一郎 (印)	生年月日 昭和 44年 1月 1日 携帯 090-1111-1111
	職業又は勤務先	早起自動車	TEL 026(111)1111
	同一危険を負担する他の損害保険	会社名 ○○海上 / 種目 傷害 / 証券No. 1234567	保険金額 1,000 万円
事故状況	事故発生日時・場所	平成○○年 6月 6日 (木) 6時 00分ごろ 長野オリンピックスタジアム 球場 グラウンド その他	
	負傷態様	走者 / 打者 / 内野手 1 2 3 4 5 6 / 外野手 7 8 9	
	事故状況・原因	2塁へ盗塁する際に、2塁上で2塁手とクロスして右下腿部を骨折する。	
負傷状況	部位	左右 下肢 / 左右 足指 / 左右 一肢 / 左右 手指 / 左右 肩部 / 角部 / 胸部 / 腰部 / 頭部 / 顔面 / その他	
	傷病名	捻挫 / 打撲 / 骨折 / 脱臼 / 靭帯損傷 / 切傷 / 脳震盪 / その他	
	傷害程度	入院見込 15日 通院見込 30日 その他	
	医療機関	名称 長野赤十字病院 整形外科・外科・脳外科 その他 TEL 026(226)4131	
上記は単組及び協会が主管する活動中の事故であることを証明します。		申請事務局 早起太郎 (印)	全日本早起き野球協会 (印)

★ 保険金振込指定

指定金融機関	口座	口座番号	口座名義（カタカナでご記入ください）
日本 銀行・信金・信組・農協 長野 本店・支店	普通 当座	1234567	ハヤオキ イチロウ
ゆうちょ銀行 通帳記号		通帳番号（右詰め）	

事故報告書送付先 〒388-8007 長野市篠ノ井布施高田725 全日本早起き野球協会 早起き野球傷害共済部 TEL090-2902-0441

FAX不可

事故の日から30日以内にご連絡のない場合は、保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。

<保険会社使用欄>

保険会社受付印

支払額			円 保険金 その他
通 案内	1	補正	DD 年 月 日
金 案内	01	特定	

<代理店記入欄>

受付日	受付者
年 月 日	

課長	担当者	オペレーター

支払日（承認日）

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 行

同意書

ご記入前にご確認ください
- 損保ジャパン日本興亜が医師または医療機関へおケガの状況等を照会することにご同意いただくために必要な書類です。
- 同意書は医療機関ごとに必要になります。複数枚必要な場合は、担当者にご連絡ください。

※治療を受けた医療機関名をご記入ください。

長野赤十字病院 主治医殿

私（患者さま）の傷病について損害保険ジャパン日本興亜株式会社の社員、またはその委託を受けた者が、医療機関に対して下記の行為を行うことに同意します。

なお、本状は私（患者さま）の保険金の請求および支払に関する一切の手続きが終了もしくは請求を取り下げた時点で効力を失うものとします。

記

1. 医師または医療機関から以下の資料の交付・貸し出しを受けること、および資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行うこと。
   (1) 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・カルテ・看護記録などの診療情報資料
   (2) レントゲン写真・CT・MRIなどの検査資料
   (3) 上記医療機関の処方箋により療養給付を行う調剤薬局発行の調剤薬局明細書
2. 私が診療・検査を受けた医師または医療機関から診断・診療内容、検査結果、既往症・病歴、治療見込み、就労の可否等、の説明を受けること。
3. 私の傷病の治療歴、事故状況・原因などに関する情報を医師または医療機関に提供すること。

以上

記入日	※ご記入日を西暦でお書きください。	20○○年 6月 10日

お願い おケガをされた方がご署名・ご捺印ください。
おケガをされた方が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。

おケガをされた日	20○○年 6月 6日	
同意人	氏名	早起 一郎 (印) 捺印ください
	住所	〒 長野 都道府県 長野市三輪 1-1-1
	患者さまとの関係	(本人) 親権者 その他 ( )
患者さま	※同意人が患者さまご本人の場合、以下に生年月日のみご記入ください。	
	氏名	(同意人と同じ)
	住所	〒 都道府県
	生年月日	昭和 44年 1月 1日生

損害保険ジャパン日本興亜株式会社

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 行

入院・通院 申告書（傷害用）

表面 裏面もご確認ください

ご記入前にご確認ください。
- ご記入カイドをご確認いただき、申告者ご本人がご記入ください。
- 申告書は、保険金お支払額が10万円以下の場合に、診断書の代わりとしてご提出いただくものです。
- 申告書の記載内容により、あらためて診断書のご提出をお願いする場合があります。

① 記入日 ※ご記入日を西暦でお書きください。 2000 年 8 月 30 日

② 申告者 原則として、おケガをされた方ご本人です。おケガをされた方が未成年者の場合は親権者の方が申告者となります。

氏名	フリガナ ハヤオキ イチロウ / 早起 一郎	電話番号 自宅 026(1111)1111 / 携帯 勤務先 090(1111)1111	被保険者との関係 (本人) 親権者 その他 ( )

③ 被保険者 申告者と同じ場合はご記入は不要です。

おケガをされた方ご本人

④ 医療機関 以下にご記入いただくか、または診察券や領収書のコピー（一枚で可）を同封してください。

医療機関名	長野赤十字病院	電話番号	026(226)4131
医療機関名		電話番号	( )
利用保険	(健保) 国保 労災 自費 その他 ( )		
利用保険	健保 国保 労災 自費 その他 ( )		

⑤ おケガ・治療の内容 必要に応じて医療機関にご確認のうえ、ご記入ください。 別紙ご記入ガイドを参照

部位	歯・顔・首・肩・腕・背・腹・腰・(脚)・その他 手指・足指 ( )
症状	(捻挫)・脱臼・挫傷・切傷・打撲・火傷・脳震盪・凍傷・しびれ・その他 ( )
傷病名	右脛骨骨折
入院治療	○○年 6月 6日～ ○○年 6月 20日
通院治療	○○年 6月 21日～ ○○年 8月 30日（うち実際に通院した日数 17 日）

※実際に通院治療を受けた日に○印をつけてください。複数の医療機関に通われた場合は○・△等で、印を分けてご記入ください。

	日数
6月	2日
7月	11日
8月	4日
月	日
月	日
月	日
月	日
合計	17日

手術	(なし)・あり	※正式な手術名をご記入ください 手術名 / 手術日 年 月 日
ギプス等の固定具使用	(なし)・あり	固定具を常時装着（※1）した期間 / 固定具の種類（※2） / 手首または足首を含む固定
	A	○○年 6月 6日から ○○年 7月 5日まで / (ギプス)・キャスト・シーネ・ハーフ・ハーフ・ハーフ・ロールアップ・その他 ( ) / (なし)・あり
	B	年 月 日から 年 月 日まで / ギプス・キャスト・シーネ・ハーフ・ハーフ・ハーフ・ロールアップ・その他 ( ) / なし・あり

※1 常時装着には、「入浴中のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴時および就寝時のみ取り外す」の状態を含みます。
※2 固定具の種類については、別紙「ご記入ガイド」の裏面をご確認ください。 ※3 布製のコルセット（軟性コルセット）は含みません。

最終治療日	○○年 8月 30日 <今後の治療予定> (なし)・あり	後遺障害残存見込	(なし)・あり・不明 → 内容 ※あり・不明の場合、内容をご記入ください

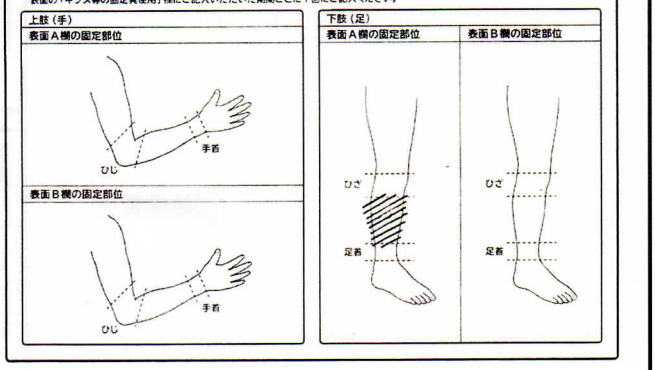
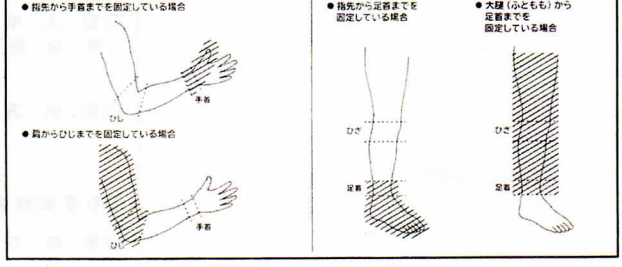
続けて裏面もご記入ください

損害保険ジャパン日本興亜株式会社

---

⑥ ギプス等の固定具を使用されているお客さまへ
上肢（手）または下肢（足）を固定されている場合、固定部位をぬりつぶしてください。

- 左手・左足を固定されている場合でも下図にご記入ください。
- 治療途中で異なる種類の固定具に変更した場合や固定されている部位が変更になった場合、別紙の「ギプス等の固定具使用」欄にご記入いただいた期間ごとに下図にご記入ください。



固定部位のぬりつぶし例