

# 日本学生陸上競技連合傷害保険事故報告(2016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場合がありますのでご注意ください。

公益社団法人 日本学生陸上競技連合

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 : 090-0000-0000

FAX : 00-0000-0000

ご担当者 : 学連 一郎

受付日

連絡日

事故発生日時 2016 年 4 月 1 日 午前 ~~午後~~ 5 時 30 分頃

事故場所 (住所) 東京 ~~都~~ 道・府・県 渋谷 ~~区~~ 市・町・村

(場所) 国立競技場

事故状況 大会のウォームアップ中に転倒し、右足首アキレス腱を断裂した。

おケガされた方

(フリガナ)

ガクレン イチロウ

電話番号

090-0000-0000

氏名

(漢字)

学連 一郎

性別

~~男~~ 女

年齢

20 才

大学名

日本学連大学

会員登録番号

3-0000

保険金請求書送付先

住所

郵便番号

1 5 1

0 0 5 3

都道府県名

東京都

市町村名

渋谷区代々木

丁目番地

00-0-00

マンション名  
方書など

〇〇合宿所

(カタカナ)

宛名

ガクレン イチロウ

学連 一郎

おケガの内容

治療期間:入院(見込・確定) 月 日~ 月 日 /通院(見込・確定) 4月 2日~ 4月 15日(実日数 10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: 〇〇病院

~~外科~~ 整形外科 脳外科

TEL : 03 (0000) 0000

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

(住所) 東京都渋谷区代々木0-00-0

(電話) 03-0000-0000

(指導者氏名)

学連 太郎

2016 年 4 月 20 日

印

(必ずご記入ください。)