5. 保険金請求書記入例

1～5は必ずご記入ください。6は診断書をご
ついて」をご確認ください。
保険金請求に必要な書類は、表紙の一覧表をご参照ください。

スポーツ安全保険　傷害保険金請求書（兼 治療状況報告書 兼 事故証明書）

東京海上日動火災保険株式会社　宛

請求書ご記入日となります。 → 請求年月日　△△ 年 3 月 5 日

1. 本書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金請求しますので、下記口座にお振込ください。振込みをもって支払いがなされたものと認めます。
2. 私は、貴社またはその指名する者が保険金のお支払いをするために必要な範囲で、治療の内容・症状の程度を確認するための医療情報を取得・利用することに同意します。
3. 私は、貴社が本請求書に記載された個人情報を（財）スポーツ安全協会が実施するスポーツ活動等の普及奨励に関する事業や、スポーツ活動等における事故防止の啓発事業のために同協会へ提供することに同意します。

<個人情報の利用目的>
お客様の個人情報につきましては、上記3の他、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の確認や提携する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

1. 団体代表者が記名・捺印ください。ただし、おけがをされた方が団体代表者ご自身またはそのご家族である場合は、代表者・ご家族以外の団体員（団体員名簿に記載されている成人の方）が自ら記名・捺印ください。
2. AW区分にご加入の方で、団体活動中以外・団体活動への往復途上以外の事故の場合は、代表者の証明は不要です。

住所・氏名には必ずフリガナをご記入ください。

ご捺印は1～2枚目すべてにお願いいたします。

事故時点の代表者の記名・捺印が必要となります。

1 おけがをされた方（太枠内はもれなくご記入ください。）

〒 000－XXXX　日中連絡先　03（XXXX）△△△△
フリガナ　トウキョウトシブヤクマルバツマチ
住所　東京都渋谷区○×町△―△
フリガナ　ホケン　ハナコ
氏名　保険 花子　（印）（2枚目にもご捺印ください。）
男・女　12才
○X年12月8日生
おけがをされた方が未成年の場合、こちらに親権者の方のご署名をお願いします。
氏名　保険 陽一
請求する保険金の種類　通院・入院・手術・後遺障害・死亡

2 団体代表者証明印

何も書かないでください

〒000－XXXX　TEL 03（△△△△）XXXX
フリガナ　トウキョウトシブヤクマルバツマチ
住所　東京都渋谷区○×町
フリガナ　アンシン　タロウ
氏名　安心 太郎　（印）

下記は事実に相違ないことを証明いたします。（治療状況を除く）

はっきりと楷書体でお書きください。なお、住所氏名には必ず「フリガナ」をご記入ください。

通帳をご覧のうえ正確にご記入ください。

3 保険金支払先

［○X］銀行・信用金庫・農協・信用組合　［丸の内］本店・支店・支所
普通・総合／当座・貯蓄　店番 100　口座番号 XXXXXXX
ゆうちょ銀行　※通帳の「郵便振替口座開設（送金機能）」欄に○が付されていることを予めご確認ください。（右詰でご記入ください）
通帳記号（5ケタ）1　　　0　通帳番号（8ケタ）
口座名義（カタカナでご記入ください）ホケン ヨウイチ

加入内容については、団体代表者がお手元に保管している以下の書類をご確認ください。
○インターネット（スポ安ねっと）でご加入の場合 団体員名簿
○上記以外の場合 加入依頼書

4 加入内容（加入内容については団体代表者にご確認ください。）

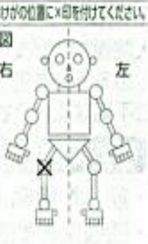
団体の名称	日本学生陸上競技連合	加入依頼番号または会員登録番号	学連登録番号（例）1－100
団体の活動内容	陸上競技	団体の所在地	東京 都・道・府・県　渋谷 市・区・郡
加入方法	加入依頼書（×）・インターネット（○）	加入区分（該当する加入区分に○印を付けてください）	A（×）・AW・A2・C（○）・AC・B・D・短期スポーツ教室

追加加入された方については追加分の加入依頼番号をご記入ください。

5 事故の内容

日時　△△年 1月 6日（木）曜 午前・午後 9時 55分頃　場所　東京都渋谷区○×町×－×
1. 団体活動中（活動内容：　　）2. 経路往復中　3. 左記以外（AW区分のみ）
〔状況〕何をしている時　自宅から自転車でテニスコートへ向かう途中
何が起きて　横断歩道の段差で転倒し
どのようになったか　右膝を骨折した
その他詳しい情報　その場で応急処置後、救急車で病院に向かった。
運転免許証番号（被保険者が車を運転中の事故の場合のみご記入ください）（　　）（普・中・大）（Ⅰ・Ⅱ）（　年　月）交付（　年　月　日）まで有効
届出官公署名（警察・消防署等）　（届出日　年　月　日）

おけがの位置に×印を付けてください。



スポーツ名も必ずご記入ください。

医師の診断による傷病名をご記入ください。

6 治療状況（診断書を提出される場合はこの欄の記入は不要です※）（ご自身でご記入ください。）

症状　脱臼・捻挫・挫傷・打撲・腱断裂・創傷・骨折（○）・その他（傷病名：右膝蓋骨骨折）
記入いただいた治療内容について、弊社より医療機関などへ確認させていただく場合がございます。
〔入院〕 △△ 年 1 月 6 日～ △△ 年 1 月 15 日
〔通院〕実際に通院治療を受けた日に○印を付けてください。2カ所以上の医療機関に通院された場合は、△・□印等で区別してください。

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日数
（1）月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	○16	17	18	19	○20	21	22	○23	24	25	△26	27	△28	29	30	31	5日
（2）月	△1	2	△3	4	5	6	△7	8	△9	△10	11	12	13	△14	15	△16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	7日
（　）月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
（　）月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
（　）月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
（　）月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
（　）月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日

〔手術〕実施日　年　月　日　手術名：　観血・非観血

医療機関
治療期間が記載された医療機関の領収書（原本またはコピー）を添付してください（無い場合は診察券のコピーを添付いただくか、下欄に医療機関名等をご記入ください）。

〔名称〕 ○○大学附属病院	〔名称〕 ○X整形外科
〔所在地〕 渋谷区○X町○―X	〔所在地〕 渋谷区○X町△―○○
TEL 03（0000）XXXX　〔担当医師名〕 整形外科○X医師	TEL 03（XXXX）0000　〔担当医師名〕 △△医師

固定具の使用

〔常時装着(*)した期間〕(*)「入浴中のみ取り外す」等は常時装着に含みます。	〔固定具の種類〕	〔手首または足首を含む固定〕
△△年 1月6日から △△年 1月23日まで	ギプス（○）・副子・副木・シーネ・ギプスシーネ・その他（　）	無・有（○）
年　月　日から 年　月　日まで	ギプス・副子・副木・シーネ・ギプスシーネ・その他（　）	無・有

支障期間　平常の業務または生活（更衣・入浴・家事・書字等）に著しい支障があった期間
△△ 年 1 月 6日から
△△ 年 2 月 10日まで
具体的支障内容［松葉杖で歩行していた。］

（※）診断書の提出要否については、「3. 診断書のご提出について」をご確認ください。

保険会社記入欄

死亡保険金	円	入院保険金	円	通院保険金	円
後遺障害保険金	円	手術保険金	円	支払年月日	年　月　日

保険会社受領日