

事故報告書

ご記入ならびに該当箇所に○印やレ点でチェックし、最下段のFAX番号へ送信してください。

- 事故報告書のみFAXしてください。(診療領収証等は事故報告の時点では必要ございません。)
- ご自宅からFAXが送れない場合は、コンビニ等よりFAXいただくか共済会事務局へお持ちください。

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| 報告日 | 20 年 月 日 | 学生番号 | | |
| 学生・生徒・ 児童・園児名 | フリガナ | 学校・学年 | (院) (大) (短) (高) (中) (初) (幼) | 年 |
| | (男) (女) | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| 保護者名 | フリガナ | 報告者 | (本) (保) (そ) (人) (護) (の) () (者) (他) () () () | |
| 保護者住所 | 〒 - | 電話番号 | 自宅 | () () |
| | | | 携帯 | () () |
| 書類送付先 <small>(上記住所と異なる場合はご記入ください)</small> | 〒 - | | | |
| 発生日時 | 20 年 月 日 | (午前) (午後) | 時 | 分頃 |
| 発生場所 | 都 道 府 県 | 市 区 町 村 | | |
| 請求区分 | <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 賠償 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 状 況 | 何をしている時に | 何が起きて | どのようなになった | 警察・消防 |
| | <small>(経緯・具体的な症状を詳しくご記入ください)</small> | | | 警察署 受理No. 消防署 () |
| | | | | 病院名 <small>(整骨院・接骨院への通院は対象となりません)</small> |
| ケ ガ | 状態 | <input type="checkbox"/> 授業中 <input type="checkbox"/> 登下校中 ()部・サークル 活動中 <input type="checkbox"/> アルバイト中 <input type="checkbox"/> その他 () | | 通院(見込)期間 <small>(ケガのみ対象となります)</small> |
| | 部位 | <input type="checkbox"/> 頭・顔 <input type="checkbox"/> 首・肩 <input type="checkbox"/> 胸・腹 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 腰・臀部 <input type="checkbox"/> 腕・手 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 脚・足 <input type="checkbox"/> 足指 <input type="checkbox"/> その他 () | | 入院(見込)期間 |
| | 症状 | <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 靭帯損傷 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> その他 () | | 手術 |
| 病気 | 診断名 | | | 他保険等契約 |
| 賠 償 | 相手氏名 | (男) (女) | 物 損 | |
| | 相手連絡先 | () () () () () () () () () () | | |
| 備 考 | | | | |