

事故発生状況報告書兼現認証明書

|      |                        |
|------|------------------------|
| 保険種類 | 団体総合補償制度費用保険(WIZ)      |
| 契約者  | NPO法人スポレク・エイト 理事長 久保 稔 |
| 証券番号 | 812EB 055922-9         |
| 保険期間 | 2025年4月1日～2026年3月31日   |

報告者

連絡先 096-200-8014

団体名 ☒ 契約者に同じ



今般発生した事故について下記の通り報告致します。  
また、下記被補償者が、災害補償規程にもとづき直接貴社に請求することを承認します。

|                           |      |                           |     |        |             |  |
|---------------------------|------|---------------------------|-----|--------|-------------|--|
| おケガ・病気を<br>された方<br>(被補償者) | 住 所  | 〒                         |     |        |             |  |
|                           |      | 日中の連絡先<br>( 自宅・勤務先・携帯 )   | - - |        |             |  |
|                           | フリガナ |                           |     | 生年月日   | 年 月 日 ( 才 ) |  |
|                           | 氏名   | <div>男</div> <div>女</div> |     | 職業/学校名 | 学年/チーム名など   |  |

|                       |                                         |                        |  |  |  |  |
|-----------------------|-----------------------------------------|------------------------|--|--|--|--|
| 事<br>故<br>の<br>内<br>容 | 発生日時                                    | 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 頃  |  |  |  |  |
|                       | 発生場所                                    | 都 道 区 市 区 町 府 県 郡 村 にて |  |  |  |  |
|                       | 事故発生状況<br>※なぜ、どのようにして事故<br>にあったかなど詳しく記入 |                        |  |  |  |  |

|                                      |             |                                                          |           |              |                                        |
|--------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------|-----------|--------------|----------------------------------------|
| お<br>ケ<br>ガ<br>な<br>ど<br>の<br>内<br>容 | 治療状況        | 入院： 無 ・ 有 ( ) 日 位                                        | 手術： 無 ・ 有 | ギプス装着： 無 ・ 有 |                                        |
|                                      | ケガのまたは病気の名前 |                                                          |           |              | 固定部位が指の場合、関節<br>(手首・足首)を含みますか はい ・ いいえ |
|                                      | ケガの部位       | 1頭部 2顔面 3頸部 4胸部 5腹部 6腰部 7上肢／手指[例：右手親指( ) 8下肢 9足指 0その他( ) |           |              |                                        |
|                                      | ケガの状態       | 1骨折 2脱臼 3打撲 4捻挫 5切傷 6欠損・切断 7やけど 8内出血 9特定疾病 0その他( )       |           |              |                                        |
|                                      | 病院名         | 病院名                                                      |           | 電話番号         |                                        |
|                                      |             | ①                                                        | ( - - )   | ( - - )      |                                        |
|                                      | ②           | ( - - )                                                  | ( - - )   |              |                                        |

※おケガされた日から10日以内にスポレク事務局までご提出ください。