野球チーム保険専用事故報告書

KRC佐賀　吉村　宛（TEL：0952-97-9888）

★以下(枠内)の共通項目と傷害or賠償項目に記入し

上記保険代理店へFAXしてください。（FAX：0952-97-9885）

共通	事故報告日	西暦　　年　　月　　日
	加入団体名	全日本軟式野球連盟九州連合会
	事故区分	□　傷害保険　　□賠償責任保険
	所属	県　　支部
	チーム名	
	事故日	西暦　　年　　月　　日
	事故の場所	
	事故の状況	

傷害	ケガ人	フリガナ		
		氏名		
		生年月日	西暦　　年　　月　　日	
		宛名		
		住所	〒	
		電話番号		
	医療機関名	1		（　通院　・　入院　）
		2		（　通院　・　入院　）
		3		（　通院　・　入院　）
	申請内容	傷害の内容	診断名：	
		□入院	西暦　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日	
		□通院	西暦　　年　　月　　日　～　　回（見込み）	
		□手術	あり　・　なし	

賠償	原因者	フリガナ	
		氏名	
		生年月日	西暦　　年　　月　　日
	書類送付先	宛名	
		住所	〒
		電話番号	
	ケガ人 or 賠償先	フリガナ	
		氏名	
		生年月日	西暦　　年　　月　　日