

事故受付票

別紙③

栃高教組スポーツ大会用

契約者名: 栃木県高等学校教職員組合

補償内容:	死亡・後遺障害保険金	300万円
	入院保険金日額	4,500円
	通院保険日額	3,000円

※入・通院1日目から保険の対象となりますが、病院・診療所での診療を基準としてあります。接骨院・整骨院等で治療を受けられた場合、日数算出基準が異なります。

※ 事故受付票を受理した後に、確認の連絡をさせていただきます。

報告者名・所属学校名	氏名	分会名
受付日	2023年 月 日 ()	
事故日	2023年 月 日 ()	午前 時 分頃 午後
事故発生場所		
事故当時の状況 (例: バレーボールプレー中、相手のスパイクをブロックしたら左手小指を痛めた)		
フリガナ 受傷者名		
受傷者所属学校名		
受傷者住所	〒 TEL ()	
ケガの程度 (例: 左手小指骨折)		
治療先病院名		
入院の有無 (○印をお願いします)	有 → 手術をされましたか はい・いいえ 無	

FAX 送信先 (※添書不要) 栃木県高等学校教職員組合 0120-27-3496