

AIU損害保険 御中

事故報告書

証券番号	枝番		受付印
契約者名	明治学院体育会執行部		
所属団体	部		
被保険者名	カナ	生年月日	
		年 月 日 (歳)	
	(男・女)	学籍番号	
住所	〒 —		
電話番号	— —		
事故日	20 年 月 日 時 分頃		
事故場所	大学内・その他 ()		
事故状況			
事故状態	部活動練習中・試合中 ()		
傷病名			
部位	頭部・頸部・		
治療内容	<input type="checkbox"/> 入院 年 月 日～治癒見込 年 月 日頃		
	<input type="checkbox"/> 通院 年 月 日～退院見込 年 月 日頃		
	<input type="checkbox"/> 後遺障害		
	<input type="checkbox"/> 死亡		
外科手術	無 ・ 有 (名称)		
医療機関	病院名		医師名
	電話番号 — —		
連絡事項	書類手配 → 本人へ直接送付願ます。		

事故に関するお問い合わせ先電話番号 03-5421-1555 明治学院サービス 月～金9:00～17:00