

〈送付先〉

FAX 03-3486-5142

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷2-12-15 日本薬学会ビル7F

全国地域活動連絡協議会 御中

年 月 日

傷害見舞金制度『みらい』事故報告書

次の通り事故報告いたします。

(給付申請書類送付の有無) (□にチェック) <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 送付希望(代表者住所) <input type="checkbox"/> 送付希望(代表者住所以外) ※下記送付先住所 を記入ください。 (送付先住所) 〒 _____ 氏名 _____		
(みらい登録No.) (みらい登録証ご参照)		
(単位クラブ名)	TEL	- -
(代表者名)		
(事故発生日時)	年 月 日	午前 午後 時 分頃
(事故発生場所)		
(行事名) *必ずご記入ください。		
(ケガをした人・被害者) (住 所) 〒 _____	TEL	- -
フリガナ _____ (生年月日) _____ 年 月 日		
(氏 名) _____ (年令) _____ 才		
(事故の原因・状況)		
(受傷の部位)	(受傷程度)	(治療期間の見込み)
(病院名)		
(受傷者側・被害者側から賠償請求のある場合具体的に記入してください) *賠償事故の場合 (加害者) (氏名) _____ 年令 _____ 才		
単位クラブ代表者証明欄 上記は単位クラブ行事参加中の間に生じた事故であり、 事実に相違ないことを証明します。 〒□□□□-□□□□□		
代表者 住所		
氏名		印
TEL		- -

ご注意

本用紙は、コピーしてご使用ください。

FAXもしくはご郵送ください。

裏面は登録内容変更届出書です

①傷害事故の場合

制度対象者(会員・児童)が治癒後、全国地域活動連絡協議会のホームページに掲載の「傷害見舞金給付申請書」「診療状況申告書」「同意書」を印刷、または事故報告書「請求書送付の有無」欄の「送付希望」にチェックし、「診察券もしくは薬袋(コピーで可)」および「会員名簿(含む児童)(写)」とともに全国地域活動連絡協議会まで送付ください。

②賠償事故の場合

保険会社から代表者へ連絡し、適切なアドバイス、保険金請求のためのご案内をいたします。