下米田たからこども園　傷害事故受付書

提出日	令和　　年　　月　　日

被保険者	住所	TEL フリガナ 〒　　ー			
	おケガをされた方	フリガナ 氏名			
		性別	男　・　女	生年月日	西暦　　年　　月　　日（　　歳）
	親権者				

事故状況	いつ	年　　月　　日	午前　・　午後	時　　分　　頃
	どこで	下米田たからこども園　・　自宅　・　その他（○県○市等具体的に）［　　］		
	どうされましたか？	何をしている時　　何が起きて どのようになったか		

部位				症状	入院治療
○で囲んでください	頭部	腕	おケガの部位に×印を記入 右　　左	打撲 捻挫 切り傷 擦り傷 骨折 脱臼 欠損 火傷 その他	20　年　月　日 ～ 20　年　月　日
	顔面	手指			通院治療
	眼	足			通院した日にちを全てお書きください。（○月△日・○/△）
	歯	足指			計　　日間
	首	全身			通院先
	胸部	その他			病院名 住所
	腹部				
	背部				
	腰部				

振込先			
	銀行　・　信金 組合　・	口座番号	
	支店	口座名義（カタカナ）	

★被保険者の保険証の写しを添付し、ご提出ください。