

保険受付票

受付日 令和 年 月 日

学籍番号		フリガナ 氏名		生年月日	平成 年 月 日
住 所	〒 _____ 携帯・TEL (_____) _____				
帰 省 先	〒 _____ TEL (_____) _____				
発生日時	令和	年	月	日	AM・PM 時 分頃
発生場所					
形 態	部活中(_____ 部)	サークル活動中	日常生活での事故	授業中、研修・研修中	
	交通事故	交通事故(自損)	大学設備損壊	その他	
状況：					
病 院 名	①		病院 TEL	① TEL (_____) _____	
	②			② TEL (_____) _____	
傷 病 名			治療見込期間	入院 _____ 日間 / 通院 _____ 日間	
				治療中 _____ 治療済 _____	
初 診 日	令和	年	月	日	救援者の有無 有 _____ 無 _____ ※付帯学総加入者 3日以上入院の場合
手 術 日	令和	年	月	日	手術名
相 手 が 怪 我 を し た 場 合					
相手の名前		住 所	〒 _____	TEL (_____) _____	
病 院 名		住 所	〒 _____	TEL (_____) _____	
傷 病 名			治療見込期間	入院 _____ 日間 / 通院 _____ 日間	
相 手 の 物 に 損 害 を 与 え た 場 合					
相手の名前		住 所	〒 _____	TEL (_____) _____	
損害を与えた件					

代理店記入欄

受付番号	こども総合補償	学研災	学研賠	付帯学総	学総
No.					