**保険請求受付票**

**関東学生バドミントン連盟
　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **学校名** |  |
| **事故日** | **平成　　年　　月　　日　（ 午前・午後 ）　　：　　頃** |
| **事故場所** |  |
| **被保険者****（生徒）** | **氏名** | **（　　　年生）** |
| **住所** | **〒　　　－** |
| **連絡先** |  |
| **生年月日** | **年　　　　月　　　　日** |
| **事故状況** |  |
| **入・通院（予定）先** | **TEL　　（　　　）** |
| **怪我の状態** | **部位** |  |
| **症状** |  |

**よつば保険コンサルティング　FAX：0436-63-4283**