



FAX送付先 045-383-8291

メールでの提出 info_js@stgp.jp

【基本情報入力】

●ケガ／事故された方のお名前 []

フリガナ ()

●所属チーム名 []

【事故状況確認】

※選択肢に ☒ を入れてください。

1) 治療先（治療された全ての医療機関名）

2) 傷病名（ケガの名前）

3) ケガの部位（具体的に 例：右手親指）

4) ケガの状態 骨折 ☐ 脱臼 ☐ 打撲 ☐ 捻挫 ☐ 切り傷 ☐ 欠損／切断 ☐
やけど ☐ 内出血 ☐ 破裂 ☐ その他 ☐

5) 入院日数 ※通院のみの場合は記入なし 日間

6) 入院期間 ※通院のみの場合は記入なし 年 月 日～ 年 月 日まで

7) 通院日数 日間

8) 通院日（例：7/6 7/18 8/5）

9) ご請求するお見舞金額 ※入院（4,000円／1日）×日数【最大40日間分】、通院（1,500円／1日）×日数【最大7日】 円

※領収書（各院1枚ずつで結構です。）のコピーまたは診察券のコピーを合わせてお送りください。

※入院をされた場合、入院領収書コピーをお願い致します。

※入院が10日以上かかる場合、診断書のコピーが必要になります。

【見舞金お振込み情報確認】

注意：チーム会員（チームで加入している団体会員様）の場合は、チーム所有の口座にお振込み致します。

申請されたご本人様への直接の個人口座へのお支払いに関しましては、事務手数料500円を差し引いた

お見舞金をお振込み致します。ご理解のほど、お願い申し上げます。

10) お見舞金支払い先口座（銀行名、支店名、科目、口座番号、名義人）

銀行 支店 当座 ☐ 普通 ☐

名義人

記入日： 年 月 日

以上で完了となります。審査期間中、医療機関、申請者様へ連絡する場合がございますので、予めご了承ください。

お見舞金のお振込みは審査後になります。審査機関として1～3週間の日数をもうけておりますので、重ねてご了承ください。

今後も事故、ケガ、お体にご留意しスポーツ活動に励んでください。