年　月　日

事故報告書

保険種目	傷害総合保険（管理下）	証券番号	
加入者番号		保険期間	／　／　～　／　／

保険加入契約者名		ﾒﾝﾊﾞｰNo.／DCNo.		
事故日時	年　月　日　時　分頃			
事故場所	住所			
現場担当者名	ﾒﾝﾊﾞｰNo.：　氏名：			
事故状況 （事故原因等をできるだけ詳しく御記載ください。）	講習中（コース名：　）　講習以外（　）			
被害に遭われた方 ※日中の連絡先は必ずご記入ください	お名前(ﾌﾘｶﾞﾅ)		生年月日	S　．　．
	ご住所	〒		
	電話番号		日中のご連絡先	
ケガの症状 （詳しくご記入ください）	症状		部位	
	傷病名			
治療している医療機関名	病院名			
	病院の電話番号			
	入院・通院期間 手術の有無	□入院(　/　/　～退院見込　/　/　) □通院(　/　/　～治癒見込　/　/　) ※手術の有無･･･□有（手術名　）・□無		
被害に遭われた方の他の保険加入の有無	□　加入　※ □　未加入	※加入の場合 **保険会社名**＿＿＿＿＿＿＿＿ **保険種目名**＿＿＿＿＿＿＿＿ **担当者連絡先**＿＿＿＿＿＿＿＿		
ご契約ショップ住所 （書類の郵送先）	〒 （担当者名）　**TEL　－　－**			
個人情報同意取付の確認	□　確認済 （確認日：　/　/　）	確認者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿		

ＰＡＤＩジャパン
TEL：０３－５７２１－１７４７
FAX：０３－５７２１－１７３５
E-mail：insurance@padi.co.jp