

極真会館メディカルサポート制度 負傷申請書

申 請 日	平成 年 月 日				
会 員 番 号					
支 部 名・道 場 名	支 部			道 場	
フリカナ		性 別		年 齢	歳
お 名 前					
書 類 送 付 先	〒 —				
連 絡 先	※日中つながるお電話番号のご記入をお願い致します。				
事 故 発 生 日 時	平成 年 月 日 時 分頃				
事 故 発 生 状 況	※部位・症状は必ずご記入下さい。				
医 院 名					
医 院 Tel					
担 当 医					

●保険が適用されない状況

・空手以外でのケガ、慢性疾患、自動車・バイク事故

※慢性疾患:ぎっくり腰、疲労骨折、関節ねずみ、オスグット病、肘障害、椎間板ヘルニア、靴ずれ、腰椎分離症等。

●保険が適用される状況

・道場内、試合でのケガ、昇級・昇段審査でのケガ、合宿、道場の行き帰りのケガ等

・天災によるケガ

※ただし、健康保険証の適用されない医院にてケガ等の診療は対象外となります。

FAX送信先:045-432-5253(医事委員会)

ご申請後、2週間程で保険金請求書を送付致します。