

～アイシン G 合同企画～愛×アイさんぽ 事務局  
(株式会社アイシン 安全健康推進部) 御中

年 月 日

レクリエーション保険事故報告書

所属会社名	社員番号	受傷者(請求者)氏名

【事故状況】

事故日(○で選択)	10/9 ・ 10/16 ・ 10/22 ・ 10/29
事故をした時間	AM / PM 時 分 頃
参加施設(○で選択)	東山動植物園 / 愛知こどもの国 / のんほいパーク
受傷箇所・症状	
事故時の状況詳細をご記入ください	

【治療期間・内容】

治療期間		延べ日数
入院	年 月 日～ 年 月 日	日間
通院	年 月 日～ 年 月 日	日間
継続治療有無 (有の場合は治療期間目安)	有 ・ 無 (全治 間)	
後遺障害有無	有 ・ 無 (医療機関名 : )	

【ご連絡先】

この度の保険金請求についての連絡先、書類の送付先をご記入ください

お電話番号	
メールアドレス	
書類の送付先ご住所	〒

【書類ご提出先】

株式会社アイシン 安全健康推進部 健康推進室 健康経営推進 G 永坂

【ご提出後の流れ】

アイシン開発より、上記【ご連絡先】宛に手続きに関するご案内をさせていただきます。