

地方連盟 \_\_\_\_\_ 勤労者山岳連盟 \_\_\_\_\_ 第二種団体加入 有 口 / 無

団体名 \_\_\_\_\_ 団体コード \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

事故者氏名 \_\_\_\_\_ 事故者コード \_\_\_\_\_

生年月日(西暦) 19 年 月 日 歳 性別 \_\_\_\_\_

遭対基金加入口数 \_\_\_\_\_ 口 基金加入年月(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

事故発生日時(西暦) 20 年 月 日 時 分 積雪期 / 無雪期

事故発生場所 山域; \_\_\_\_\_ 都道府県; \_\_\_\_\_

山名; \_\_\_\_\_ (標高: \_\_\_\_\_ m)

場所; \_\_\_\_\_

山行の形態; 無雪期登山 積雪期登山 登攀 冬季登攀 沢登り 氷瀑 人工壁 山スキー  
クロスカントリースキー スノーボード 海外トレッキング 海外登山 訓練

事故の原因; 転・滑落 転倒 落石(落水) 道迷い 病気 凍傷 高度障害 火傷 落雷  
雪崩 虫・動植物 荒天 その他( \_\_\_\_\_ )

事故の状況; \_\_\_\_\_

傷病名; \_\_\_\_\_

本件事故に関する問い合わせ先; 氏名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号; 自宅 \_\_\_\_\_ 勤務先または携帯など \_\_\_\_\_

給付の申請を; する しない 未定

給付申請書の送付先; 基金担当者 パーティリーダー 会・クラブ代表者 その他

氏名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

給付申請は、事故一報が事故発生日から30日以内に管理委員会に届いていなければ出来ません。時効で受給資格を失わない為に、いま症状が現れていなくても、また給付の申請をするか判明しない時でも、事故発生の報告をしましょう。FAX03-3235-4324 メール [kikin@jwaf.jp](mailto:kikin@jwaf.jp)