

※FAXをいただいてから2週間ほどで保険金請求書類を送付します。
 ※FAX受領確認のお電話は不要です。

令和5年度用

三井住友海上
 公務第一部 公務室
 FAX 03-3259-7581

ボランティア保険事故報告書

(保険契約者)
 社会福祉 東京都社会福祉協議会
 法人

報告者 氏名 _____ TEL () ()

※今後のお問合わせ先および、保険金請求書類送付先 〒 _____

加入団体・加入者・その他 () TEL ()

加入受付社協名 _____ (都) (区) (市) (町) (村) 社会福祉協議会 (ボランティアセンター) 加入月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃

加入プラン	Aプラン NC08676426	Bプラン NC08676435	Cプラン NC08676444	天災Aプラン NC08676453	天災Bプラン NC08676462	天災Cプラン NC08676471
-------	--------------------	--------------------	--------------------	----------------------	----------------------	----------------------

加入団体・グループ名 _____
※団体で加入の場合は、必ずご記入ください。

被保険者 (住所) 〒 _____
 フリガナ (氏名) _____ 男・女 (未成年の場合の親権者氏名)
 (西暦) ()年()月()日()才 TEL ()

ボランティア団体責任者(目撃者)証明欄 (ボランティア団体の証明が難しい場合は目撃者にてご記入ください。)
 上記はボランティア活動中、もしくはボランティア活動地への往復途上に生じた事故であり、事実に相違ないことを証明します。

〈証明者〉 住所 _____ TEL _____
 団体名(団体責任者の場合記載ください) _____ 氏名 _____ 印 _____

事故日時 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前 _____ 時 _____ 分頃 午後 _____ 時 _____ 分頃

今回事故のボランティア活動内容 (活動の相手、活動先の施設名等、詳しくご記入ください。) _____ 区分 活動中 往復途上

事故発生地 _____ 事故区分 傷害事故 賠償事故

事故状況 (詳しくご記入ください。賠償事故の場合は、さらに下記の相手方住所・氏名・損害の程度等の欄についてもご記入ください。)

.....

医療機関名 TEL ()	傷名 _____
	入院 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日
	入院した場合で手術の有無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 手術名() _____
	通院 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 <input type="radio"/> 通院終了 <input type="radio"/> 通院中

(賠償事故の場合は、以下にもご記入ください。) 対人・対物
 〈被害者住所〉 〒 _____ 〈被害物・損害の程度〉 _____
 〈被害者氏名〉 _____ 〈未成年の場合の親権者氏名〉 _____
 男・女 ()才 TEL ()

通信欄 (損害賠償請求を受けたときは、その内容) _____

スムーズな保険金支払につながるので加入申込票・名簿をお持ちの方はあわせてFAXいただくようご協力お願いいたします。

S					営業				受付
C									

契約内容

事故内容