

三井住友海上
公務第一部 公務室
FAX 03-3259-7581

「行事保険(当日参加対応型)」事故報告書

(保険契約者)
社会福祉法人 東京都社会福祉協議会

必ず行事保険(当日参加対応型)加入者証のコピー及び加入者名簿(全員分)もご提出ください。

報告者 氏名 _____ TEL () () ()

※今後のお問い合わせ先および、保険金請求書類送付先 〒 _____

社 協・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	1日行事 A プラン NC04828115	1日行事 B プラン NC04828124	1日行事 C プラン NC04828133
-------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

加入団体・グループ名 _____
※団体に加入の場合は、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 () () ()

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

今回の事故の行事内容	区分	行事中
------------	----	-----

事故発生地	事故区分	<input checked="" type="radio"/> 傷害事故 <input checked="" type="radio"/> 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	傷名	部位、
	入院 <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 月 日 ~ 月 日	
	入院した場合で手術の有無 <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 手術名()	
TEL () ()	通院 <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 月 日 ~ 月 日	

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

通信欄 _____

保険会社欄 _____

S				営業			受付
C							

契約内容

事故内容