

三井住友海上  
公務部 東京公務室  
FAX 03-3259-7581

# 行事保険事故報告書

(保険契約者)  
社会福祉 東京都社会福祉協議会  
法人

必ず行事保険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	<input checked="" type="radio"/> 都 <input checked="" type="radio"/> 区 <input checked="" type="radio"/> 市 <input checked="" type="radio"/> 町 <input checked="" type="radio"/> 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 NE59558876	1日行事 B プラン NE59558885	1日行事 C プラン NE59558894	宿泊行事 A プラン NE59558903	宿泊行事 B プラン NE59558912	宿泊行事 C プラン NE59558921		
加入団体・ グループ名 <small>※団体で加入の場合は、 必ずご記入ください。</small>								
被 保 険 者	(住所) 〒 フリガナ (氏名) (未成年の場合の親権者氏名) 男・女 ( ) 才 TEL ( ) ( )							

事故日時	平成	年	月	日	午前	時	分頃
今回の事故の 行事内容				区 分	<input checked="" type="radio"/> 行事中	<input type="radio"/> 往復途上	
事故発生地				事故区分	<input checked="" type="radio"/> 傷害事故	<input 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 type="radio"/> 月 日~ 月 日	
	入院した場合で手術の有無 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> 手術名( )	
TEL ( )	通院 <input checked="" type="radio"/> <input 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〉 〒		
〈相手方氏名〉		
男・女( )才 TEL ( ) ( )		
〈被害物・損害の程度〉		
〈未成年の場合の親権者氏名〉		
通 信 欄		

保 険 会 社 欄		
-----------	--	--

契  
約  
内  
容

事  
故  
内  
容

事  
故  
内  
容

S					営				受
C					業				付