

三井住友海上
公務第一部 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
法人 東京都社会福祉協議会

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。

契約内容
事故内容

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 NC04828142	1日行事 B プラン NC04828151	1日行事 C プラン NC04828167
	宿泊行事 A プラン NC04828176	宿泊行事 B プラン NC04828185	宿泊行事 C プラン NC04828194
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) 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 午後 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"/> 無	月 日~	月 日
	入院した場合で手術の有無 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> 無	手術名()	
TEL ()	通院 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> 無	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			受
C				業			付