

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					加入月日	年 月 日頃
加入 プラン	1日行事 A プラン NC08677503	1日行事 B プラン NC08677512	1日行事 C プラン NC08677521	宿泊行事 A プラン NC08677564	宿泊行事 B プラン NC08677573	宿泊行事 C プラン NC08677582	
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	TEL ()		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()				
		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