

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  
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 NE93025142	1日行事 B プラン NE93025151	1日行事 C プラン NE93025167	宿泊行事 A プラン NE93025176	宿泊行事 B プラン NE93025185	宿泊行事 C プラン NE93025194
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"/> 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( )			
		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〉 〒			〈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