

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

報告者 氏名						TEL () () ()
※今後のお問合わせ先および、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 type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 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 NC01503867	1日行事 Bプラン NC01503876	1日行事 Cプラン NC01503885	宿泊行事 Aプラン NC01503894	宿泊行事 Bプラン NC01503912	宿泊行事 Cプラン NC01503921
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 () () ()					

事故内容

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