

三井住友海上  
公務部 東京公務室  
FAX 03-3259-7581

「行事保険(当日参加対応型)」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(当日参加対応型)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 NE69044095	1日行事 B プラン NE69044104	1日行事 C プラン NE69044113
-----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

加入団体・グループ名  
※団体で加入の場合は、必ずご記入ください。

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)  
(生年月日) <sup>T</sup>( )年( )月( )日( )才 <sup>S</sup> TEL ( ) <sup>H</sup>

事故日時 平成 年 月 日 午前 午後 時 分頃

今回の事故の 行事内容	区 分	行事中
----------------	-----	-----

事故発生地	事故区分	<input checked="" type="radio"/> 傷害事故 <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 月 日~ 月 日	
	入院した場合で手術の有無 <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 手術名( )	
	通院 <input checked="" type="radio"/> <input checked="" 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

契  
約  
内  
容

事  
故  
内  
容