

三井住友海上 公務第一部 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 法人 東京都社会福祉協議会
---	----------------------	----------------------------------

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	(都) (区) (市) (町) (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 NC08677537	1日行事 B プラン NC08677546	1日行事 C プラン NC08677555
-----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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	行事中
----------------	-----	-----

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

契  
約  
内  
容

事  
故  
内  
容