

※記載方法についてはHPの記入例をご参照ください。
 ※事故受付完了のご連絡は行っておりません。

令和6年度用

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 東京都社会福祉協議会
 法人

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 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 NC12897365	1日行事 Bプラン NC12897374	1日行事 Cプラン NC12897383	宿泊行事 Aプラン NC12897426	宿泊行事 Bプラン NC12897435	宿泊行事 Cプラン NC12897444
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 時 分頃 午後					
今回の事故の行事内容			区分	<input type="radio"/> 行事中 <input type="radio"/> 往復途上		
事故発生地			事故区分	<input 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 type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	月 日~	月 日	
			入院した場合で手術の有無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	手術名()		
			通院 <input type="radio"/> 有 <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				営業			受付
C							