

※記載方法についてはHPの記入例をご参照ください。

令和7年度用

※事故受付完了のご連絡は行っていません。

三井住友海上
公務第一部 公務室
FAX 03-3277-9023

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 checked="" type="radio"/> 都 <input checked="" type="radio"/> 区 <input checked="" type="radio"/> 市 <input type="radio"/> 町 <input 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 NC17436472	1日行事 B プラン NC17436481	1日行事 C プラン NC17436497	宿泊行事 A プラン NC17436533	宿泊行事 B プラン NC17436542	宿泊行事 C プラン NC17436551
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