

※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(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。

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="radio"/> 都 <input type="radio"/> 区 <input 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 NC17436506	1日行事 B プラン NC17436515
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	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 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			受
C				業			付