

※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いません。

令和7年度用

三井住友海上
公務第一部 公務室
FAX 03-3219-1120

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。

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	(都)(区)(市) 社会福祉協議会 (町)(村) (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 ※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) (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 往復途上

事故発生地 _____ 事故区分 傷害事故 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	

契
約
内
容

事
故
内
容