

※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8年度用

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。

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	加入者(被保険者)本人	加入団体	その他()
(氏名)	(住所) 〒	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	当日行事 A プラン NC21849936	当日行事 B プラン NC21849945	当日行事 C プラン NC21849954
-----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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
----------------	----	-----

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 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	
-------	--

契
約
内
容

事
故
内
容

事
故
内
容

S					営業			受付
C								