

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
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="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 NC04828142	1日行事 Bプラン NC04828151	1日行事 Cプラン NC04828167	宿泊行事 Aプラン NC04828176	宿泊行事 Bプラン NC04828185	宿泊行事 Cプラン NC04828194
-------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

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 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"/> 無	月 日 ~ 月 日
	入院した場合で手術の有無 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> 無	手術名()
	通院 <input checked="" type="radio"/> <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								

契約内容

事故内容