

記入例

傷害補償の事故報告例

※FAXをいただいてから2週間ほどで保険金請求書類を送付します。
 ※FAX受領確認のお電話は不要です。
 ※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おりません。

三井住友海上 公務第一部 公務室 FAX 03-3277-9023	ボランティア保険事故報告書	(保険契約者) 社会福祉法人 東京都社会福祉協議会
---	----------------------	------------------------------

報告者 氏名 山田 太郎	TEL 000(▲▲▲)XXXX
---------------------	-------------------------

※今後のお問い合わせ先および、保険金請求書類送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 加入者(被保険者)本人	<input type="checkbox"/> 加入団体	<input type="checkbox"/> その他()
(氏名) 三井花子	(住所) 〒 XXX-XXXX 東京都〇〇区XXXX~	TEL 000(△△△)XXXX	

いずれか
をご選択
ください

なるべく
正確にご
記載くだ
さい

加入され
ているプ
ランに○
をつけて
ください

契
約
内
容

加入受付 社協名	<input type="text"/> 都 <input type="text"/> 区 <input type="text"/> 市 <input type="text"/> 社会福祉協議会 <input type="text"/> 町 <input type="text"/> 村 (ボランティアセンター)	加入月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日頃
加入 プラン	<input type="checkbox"/> Aプラン	<input type="checkbox"/> Bプラン	<input type="checkbox"/> Cプラン
	<input type="checkbox"/> 天災Aプラン	<input type="checkbox"/> 天災Bプラン	<input type="checkbox"/> 天災Cプラン
加入団体 グループ名	〇〇〇会		
被 保 険 者	(住所) 〒 XXX-XXXX 東京都〇〇区XXXX~ (フリガナ) (氏名) 三井花子 男・ <input checked="" type="checkbox"/> (未成年の場合の親権者氏名) (西暦) (19XX)年 (X)月 (XX)日 (XX)才	TEL 000(△△△)XXXX	

ボランテ
ィア活動
中の事故
であることを
確認のうえ、
必ずご記
入くださ
い

ボランティア団体責任者(目撃者)証明欄 (ボランティア団体の証明が難しい場合は目撃者にてご記入ください。)	
上記はボランティア活動中、もしくはボランティア活動地への往復途上に生じた事故であり、事実に相違ないことを証明します。	
(証明者) 住所 東京都〇〇区〇〇~	TEL 000-XXX-XXXX
団体名(団体責任者の場合記載ください) 〇〇〇会	氏名 田中一郎 

押印を忘
れずにお
願いま
す

事
故

事故日時	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	午前 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分頃	午後 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分頃
今回事故の ボランティア 活動内容	(活動の相手、活動先の施設名等、詳しくご記入ください。) 〇〇のボランティア	区分	<input checked="" type="radio"/> 活動中 <input type="radio"/> 往復途上
事故発生地	〇〇施設内	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、さらに下記の相手方住所・氏名・損害の程度等の欄についてもご記入ください。)		
事故状況は判る範囲で詳細にご記入をお願いします。			

内
容

医療 機関名	〇〇病院	傷 名	〇〇骨折
TEL 000(△△△)XXXX		入院	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		入院した場合で手術の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="text"/> 手術名()
		通院	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 (通院終了) <input type="checkbox"/> 通院中
(賠償事故の場合は、以下にもご記入ください。) 対 人 ・ 対 物			
〈被害者住所〉 〒		〈被害物・損害の程度〉	
〈被害者氏名〉		〈未成年の場合の親権者氏名〉	
男 ・ 女 () 才		TEL ()	
通 信 欄	(損害賠償請求を受けたときは、その内容)		

スムーズな保険金支払につながるため加入申込票(控)・名簿をお持ちの方はあわせてFAXいただくようご協力お願いいたします。

S				営			受
C				業			付