

三井住友海上
公務部 東京公務室
FAX 03-3259-7581

行事保険事故報告書

(保険契約者)
社会福祉 東京都社会福祉協議会
法人

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 checked="" type="radio"/> 都 <input checked="" type="radio"/> 区 <input checked="" type="radio"/> 市 <input checked="" type="radio"/> 町 <input checked="" 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 NE69046816	1日行事 B プラン NE69046825	1日行事 C プラン NE69046834	宿泊行事 A プラン NE69046843	宿泊行事 B プラン NE69046852	宿泊行事 C プラン NE69046861		
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)			(生年月日) T S H ()年()月()日()才 TEL () () ()				

事故日時	平成 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 checked="" type="radio"/> 往復途上
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 checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 月 日~ 月 日	
	入院した場合で手術の有無 <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 手術名()	
	通院 <input checked="" type="radio"/> <input checked="" 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	
-------	--

契 約 内 容

事 故 内 容

S					営				受
C					業				付