

【福祉行事保険】 事故報告書(兼) 証明書

三井住友海上火災保険株式会社 御中

連絡故
先時

取扱代理店(株)エスアールエム

TEL:075-255-0883

FAX:075-255-0882

事故日時 20 年 月 日 (曜日) 午前 / 午後 時 分頃

事故発生場所 住所

警察への届出 無し 有り (警察署)

事故状況 (できるだけ詳しくご記入ください)

<input type="checkbox"/> 傷害事故 の受傷者 <input type="checkbox"/> 賠償事故 の加害者	氏名	フリガナ -----	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日 (才)
	住所	〒 -	電話	()		

※該当する保険金のどちらかにご記入ください

傷害保険金	負傷部位 及び形態	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> キリキズ <input type="checkbox"/> スリキズ <input type="checkbox"/> 断裂 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(単純) <input type="checkbox"/> 骨折(複雑) <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	治療費	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	治療見込日数	<input type="checkbox"/> 通院 日 / <input type="checkbox"/> 入院 日		
	受診 医療機関	名称 ----- 住所 〒 -	電話	()		

賠償保険金	被害者	氏名	フリガナ -----	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日 (才)
		住所	〒 -	電話	()		
	対人	負傷部位 及び形態	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> キリキズ <input type="checkbox"/> スリキズ <input type="checkbox"/> 断裂 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(単純) <input type="checkbox"/> 骨折(複雑) <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	治療費	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	治療見込日数	<input type="checkbox"/> 通院 日 / <input type="checkbox"/> 入院 日			
	受診 医療機関	名称 ----- 住所 〒 -	電話	()			
対物	被害物	被害程度	被害物の 購入年月	20 年 月			
	修理 業者	名称 -----	電話	()			

事故証明者 20 年 月 日 上記事故は事実には相違ありません。

行事主催者 団体名 ----- 氏名 ----- (印)

※本人以外 住所 〒 - ----- 電話 ()

今回の事故でその他の保険金請求がある場合ご記入ください ボランティア保険 (団体名) まごころワイド (事業所名)