

【ボランティア保険】事故報告書(兼)証明書

連事
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

三井住友海上火災保険株式会社 御中

事故日時	20 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前 / <input type="checkbox"/> 午後		時	分	頃	
事故発生場所	住所					
警察への届出	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (警察署)					
事故状況	(できるだけ詳しくご記入ください)					

被保険者 ■傷害事故 の受傷者 ■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	()	
	住所	〒 -				
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	〒 -				
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	()	
	住所	〒 -				
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。				
被保険者	団体名	氏名			(印)
本人以外	住所 〒 -	電話			()

被保険者の 保険加入状況	登録番号	加入団体名	
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		<input type="checkbox"/> 福祉行事保険 (団体名) <input type="checkbox"/> その他 ()