

# 【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

連絡先時 代理店・扱者(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)	<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)		

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

※該当する保険金	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	年 月 日(才)	
	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 ( )			
	対物	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	( )		
	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	( )

今回の事故で他の保険金請求がある場合ご記入ください	<input type="checkbox"/> ボランティア保険(団体名 )	<input type="checkbox"/> まごころワイド(事業所名 )
---------------------------	---	---