

【ボランティア保険】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

連事
絡故
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
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	()	
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。
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 ()		