

# 【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

連絡先  
事故時  
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)

## 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	電話	( )
	住所	〒 -	電話	( )

被保険者	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	( )		
賠償保険金	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 ( )				
対人	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	電話	( )		
	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

被保険者  
本人以外

20 年 月 日 上記事故は事実に相違ありません。

団体名	氏名	印
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 ( )