

【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
事故
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) <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	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 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 〒 -

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	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 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 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 行事主催者 ※本人以外	20 年 月 日 上記事故は事実には相違ありません。
	団体名 氏名 (印)
	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	<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)
-----------------------------	---

※個人情報保護の取扱いについてはホームページ (http://www.srm-net.co.jp/smile/) をご覧ください。