

【福祉行事保険】 事故報告書(兼)証明書

事
連
絡
時
先

取扱代理店

エスアールエム

TEL: 075-822-8613

FAX: 075-822-8087

三井住友海上火災保険株式会社 御中

事故日時	年 月 日 (曜日) □午前/□午後		時	分頃
事故発生場所	住所			
状 況	<input type="checkbox"/> 福祉行事を主催中 <input type="checkbox"/> 行事参加者として <input type="checkbox"/> その他 ()			
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下さい)			

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
	住所	〒 -	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)
			電話	()

※ 該当する保険金のどちらかにご記入下さい

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	<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 住所 〒 -	電話	()	

対 物	被害物	被害程度	購入年月	年 月
	修理業者	名称	電話	()

事故証明者 行事主催者	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 ()		

被保険者の 保険加入状況	登録番号	団体名
-----------------	------	-----

ホームページダウンロード用 ※個人情報保護の取扱いについてはホームページ (http://www.sfm-net.co.jp/smi1e/) をご覧下さい。