

加入申込人

住 所

担当者名

TEL

FAX

保険金請求書送付先

上記へ

住 所

氏 名

全社協補償制度 事故報告書

1. 受付社協名	社協コード	社会福祉協議会				
2. 加入プラン (○印を付けてください)	1 ボランティア活動保険 (A・B・天災A・天災B) 2 ボランティア行事用保険 (A・B) 3 福祉サービス総合補償 (A・B・C) 4 送迎サービス補償 (A1・A2・B) 5 社協の保険 (プラン名) 6 ふれあいサロン・社協行事傷害補償 (A・B)					
3. 被保険者情報	氏名	フリガナ	性別	男・女	年齢 歳	
	住所	フリガナ	TEL ()			
4. 事故日	平成 年 月 日 ()		午前・午後	時	分頃	
5. 事故場所						
6. 事故原因・状況 (詳細をご記入ください)						
7. 傷害部位・程度	部位	頭部・顔面・頸部・腕・肩 腰部・脚・その他 ()	程度	骨折・捻挫・打撲・脱臼・やけど 切り傷・その他 ()		
8. 病院名	フリガナ		TEL ()			
9. 被害者氏名	フリガナ		TEL ()			
10. 被害の程度 (詳細をご記入ください)	対人・対物・その他 ()					
11. 損害の程度 (詳細をご記入ください)	全損または修理不能・一部損・その他 ()					
保険会社使用欄	保険種類	42. 賠償 (ボランティア・総合賠償)		32. 傷害	33. 感染症 45. 動総	
	証券番号					
	契約者名	全国社会福祉協議会				
	扱代理店	福祉保険サービス (1012037)				
	入金確認	特約	年 月 日	精算済		
	確認印	課支社長	担当者			