

○事故が発生した時はただちに本書をコピーのうえ、内容を記載して受付社協印のある「加入確認書」とともにFAXで送信してください。(記入された本紙は保険金請求時にご提出いただきますので、必ずお手元に保管ください。)

○この「事故報告書」の内容は、制度運営者、保険会社、保険代理店および受付社会福祉協議会の他、保険金の請求・支払に関する関係先に対して提供を行うことがあります。

FAX送信先：島本保険事務所 FAX番号：06-6245-4686

## ボランティア活動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

報告日 平成 年 月 日

1. 事故の種類 (該当に○印)

① 傷 害      ② 賠 償      ③ 死 亡

2. 加入者 (傷害・死亡見舞金の事故は本人、賠償の事故は加害者である本人)

住 所 〒 \_\_\_\_\_ 連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

氏 名 フリガナ \_\_\_\_\_ 性別  男  女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

3. 被害者 (賠償事故の場合のみ記入)

住 所 〒 \_\_\_\_\_ 連絡先 (自宅・勤務先) ( ) \_\_\_\_\_

氏 名 フリガナ \_\_\_\_\_

4. 事故発生日時

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 頃

5. 事故時のボランティア活動内容 (具体的にご記入ください)

6. 事故の場所・状況 (どこで、何をしていた、何が原因で、どうなったか)

費用立替有無 (有の場合→ \_\_\_\_\_ 円・立替者氏名： \_\_\_\_\_ ) (無の場合→予定額 \_\_\_\_\_ 円・未定)

7. 治療状況 (治療中・治療済・治癒 (治癒見込時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃))

傷病名： \_\_\_\_\_

受傷部位：頭部・歯・顔面・頸部・胸部・腹部・背部・腰部・上肢・手指・下肢・足指・その他 ( ) \_\_\_\_\_

受傷形態：打撲・切創・骨折・脱臼・捻挫・火傷・欠損・その他 ( ) \_\_\_\_\_

通院： \_\_\_\_\_ 日程 \_\_\_\_\_

入院： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

手術： 有 (手術名 \_\_\_\_\_ ) / 無

8. 医療機関名

TEL ( ) \_\_\_\_\_

9. 事故確認欄 (グループの代表者、監督者など)  
上記事実に相違ないことを証明し報告いたします。

住 所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(上記加入者とのご関係： \_\_\_\_\_ )

10. 保険金請求書類送付先

① 上記加入者      ② その他 (下記へ記入)

住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

上記加入者との関係 \_\_\_\_\_

〈事故連絡先〉 事故発生日から30日以内にご連絡ください。

三井住友海上火災保険(株) 代理店 (株)島本保険事務所

電話：06 (6252) 4519 FAX：06 (6245) 4686

住所：〒541-0056 大阪府中央区久太郎町4-1-3 大阪センタービル2階