

このページをコピーしてご使用ください

ソウェルクラブ保険部 行
 (福利厚生センター)
 (FAX:03-3294-6817)

都道府県コード	契約者コード	事業所コード
130	9990	002

就業中、通退勤中の事故、ケガ以外で
 会員本人が亡くなった場合に60万円の弔慰金

黄色のマーカー一部に赤字を参考に記入してください

法人施設名	社会福祉法人福利厚生会
送付先住所	東京都千代田区神田小川町 1-3-1
電 話	03-3294-6814
担 当 者	桜田 一郎

事故受付後の送付先、ご担当者をご記入ください

事故報告書

記入年月日 2021年 4月 4日

報告の種類 (該当のものに○)	共済事業関係 (○) 会員死亡・高度障害・後遺障害・配偶者死亡弔慰金・傷害入院) 任意加入型 (団体生命・医療保障・傷害保険・入院保険・がん保険)		
事故の種類	(○) 死亡 入院・手術・通院・賠償責任 (○) 病気 けが・交通事故・その他 ()		
加入者	フリガナ	フクリ ハナコ	職種 介護職員
	氏名	福利 花子 (30才)	会員番号(下6桁) 000015
	住所	〒104-0052 東京都 中央区 月島 ×-×-×-××× (自宅) ☎ 03-××××-×××× (勤務先) ☎ 03-××××-××××	
事故対象者	フリガナ		生年月日 T・S・H 2年 5月10日(30才)
	氏名	(加入者と同じ場合は不要)	
	住所	〒 (自宅) ☎ (勤務先) ☎	
	加入者との関係	(○) 本人・配偶者・子供・同居の親・その他 () ※任意加入型の家族傷害の場合・被保険者本人と(同居している/別居している)	
事故発生日(死亡日)	2021年 4月 2日 午前・午後 時 分頃		
事故場所 (病気の場合は不要)	病気の場合は記入不要		
事故発生状況 (病気の場合は不要)	就業時・出勤中・退勤中・賠償責任・その他 () 病気の場合は記入不要		
傷害の部位	頭・顔・頸・胸・背・腹・腰・腕(右・左)・足(右・左)・その他 ()		
けがの状態	骨折・捻挫・打撲・すり傷・きり傷・火傷・その他 ()		
病名			
病院名			
治療期間(見込)	入院期間(見込・確定)	年 月 日～	年 月 日
	通院期間(見込・確定)	年 月 日～	年 月 日