

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

法人施設名	
送付先住所	
電 話	
担 当 者	

事故報告書

記入年月日 平成 年 月 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・配偶者死亡弔慰金・傷害入院・その他)		
	任意加入型 (団体生命・積立保険・傷害保険・入院保険・がん保険)		
事故の種類	死亡・入院・通院・賠償責任		
	病気・けが・交通事故・その他 ()		
加入者	フリガナ		職種
	氏名	(才)	会員番号(下6桁)
	フリガナ		
	住所	〒 (自宅)☎ (勤務先)☎	
事故対象者	フリガナ		T・S・H 年
	氏名	(加入者と同じ場合は不要)	生年月日 月 日(才)
	フリガナ		
	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 () <small>※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)(生計を共にしている/別生計である)</small>		
事故発生日(死亡日)	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃		
事故場所 (病気の場合は不要)			
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 ()		
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) 平成 年 月 日～平成 年 月 日		
	通院期間(見込・確定) 平成 年 月 日～平成 年 月 日		