

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

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	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・後遺障害・配偶者死亡・傷害入院・傷害手術) 任意加入型 (団体生命・総合医療保険・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		
事 故 の 原 因	病気・ケガ・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		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 ( ) ※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)	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)	就業中・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・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