

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		職種
	氏名	(才)	会員番号(下6桁)
	フリガナ		
	住所	〒	
事故対象者	フリガナ		生年月日
	氏名	(加入者と同じ場合は不要)	T・S・H 年 月 日(才)
	フリガナ		
	住所	〒	
	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)	年 月 日～	年 月 日
	通院期間(見込・確定)	年 月 日～	年 月 日