**ＦＡＸ送信用**

**自治会活動保険　事故受付票**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**報告日 令和　　年　　　月　　　日**

|  |
| --- |
| **損保ジャパン****愛知火災新種保険金サービス第一課****松阪市住民自治協議会連合会、自治会保険担当者行****FAX 052-953-3691****TEL 052-953-3911** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自治会名 |  | ご報告者 |  |
| ご報告者連絡先 | ご自宅TEL番号 |
|  |
| 自治会長様名 |  |
| **↑**※できれば、速絡の取りやすい携帯電話を教えて下さい。 |
| 保険金請求書一式の送付先 | 住 所 | （〒　　　―　　　　　） |
| 氏 名 |  |

**●お怪我の事故の場合**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事故の内容 | 事故日 | 令和　　年　　　月　　　日 　　ＡＭ・ＰＭ　　　　　　時 　　　　　　分頃 |
| 事故場所 | 都道府県 |
| 事故状況 |  |
|  |
|  |
|  |
| おケガをされた方 | 住所 | (〒 　　―　　　　　) | ご連絡先TEL |  |
| 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日/年齢 | 年　　　月　　　 日( 　　　　歳) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| おケガの内容 | 種 類 | 骨 折 | 脱 臼 | 捻 挫 | 切 傷 | 打 撲 | 火 傷 | 腱断裂 | その他 | 部 位 |  | 傷病名 | ※医療機関でご確認下さい |
| 医療機関名 | TEL |

**●賠償の事故の場合**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事故の内容 | 事故日 | 令和　　年　　　月　　　日　　AM・PM　　　　　　時　　　　　　分頃 |
| 事故場所 | 都道府県 |
| 事故状況 | （※どなたがどなたに対してどのような事故で賠償責任を負ったか。） |
|  |
|  |
|  |
| 賠償の相手先 | 住所 | (〒 　　―　　　　　) |
| 氏名 |  | 連絡先 |  |