

SBSグループ保険(傷害保険・医療保険・所得補償保険) 事故報告用紙

該当箇所に記入または○をつけた上で、03-3829-3373までFAXをお願いいたします。

事故報告日	平成 年 月 日	報告者	氏名	
ご加入コース	傷害・医療・所得補償		勤務先名	
加入者名			連絡先	— —
事故日時	平成 年 月 日		午前・午後	時ごろ
事故場所				
事故形態	①ケガ・疾病 ②携行品の事故 ③他人に損害を与えた事故 ④ホールインワン			
事故状況	(例1)上記日時場所にてつまづき右足首を捻挫した (例2)○月○日～○月○日まで盲腸の手術で入院した			
傷病者氏名 または 被保険者名	フリガナ	性別	生年月日	お仕事の内容
		男・女	S・H 年 月 日生 才	
被保険者本人 との関係	本人・本人の配偶者・本人の同居の親族・本人の別居の未婚の子			
傷病の程度 事故形態① のとき記入	死亡・後遺障害・入院・通院	傷病部位		
傷病の内容	すり傷・切り傷・骨折・脱臼・捻挫・火傷・切断・打撲・疾病			
病院名等	フリガナ	連絡先	— —	
携行品名 事故形態② のとき記入		メーカー名・モデル名	購入金額・購入年月	
損害の状況	破損・盗難・汚損	損害額・修理金額	届出警察	
相手の氏名 事故形態③ のとき記入	フリガナ	連絡先	— —	
相手の物 を壊したとき	壊した物	メーカー名・モデル名	購入金額・購入年月	
損害の状況	修理可能・修理不能	修理先	連絡先	
	見積額 円		— —	
相手にケガ をさせた時	傷害の部位・内容	病院名	連絡先	
			— —	