

シルバー人材センターボランティア保険制度・事故報告書（傷害保険用）

報告者
住 所
氏 名
TEL

印

下記のとおり事故報告いたします（報告者は太線枠内のみ記入して下さい）

被保険者	氏 名 住 所 生年月日
事故の原因及び状況	(事故日時) 年 月 日 午後・午前 時 分頃 (事故場所) (事故発生状況)
入・通院状況	入院 日・通院 日の治療見込み・退院
傷害の部位及び状態	
診断を受けた病院等の名称・所在地等	(名 称) (所在地) TEL ()

上記の事故は、下記の間¹に生じた事故であることを認定します。
なお、保険金請求書は ² に送付願います。

- | | |
|---|---|
| 1 | シルバー人材センターが主催したボランティア活動に参加中* |
| 2 | シルバー人材センターが主催したボランティア活動の実施場所と被保険者の住所との間の通常の経路の往復中 |

(該当番号に○を付けて下さい)

* センターに登録されたボランティア活動団体の会則により企画・立案された活動、センターの委嘱を受けた活動、センターに届け出た活動を含みます。

年 月 日 所 在 地
シルバー 名
代表者氏 名
TEL

印

※証券番号		※印の箇所は記入しないで下さい
-------	--	-----------------