

FAX番号：045-444-3040

代理店 (株)アレーテ 行

(複写してお使い下さい)

受付印

神奈川県社会福祉協議会施設賠償責任保険
事故発生報告書

以下のとおり事故が発生しましたのでご報告いたします。

事故内容 ※ 太枠内のみご記入下さい。

事故日時	平成 年 月 日		午前	午後	時	分頃
事故発生地	都道府県	市区郡	区	町	村	
事故状況 (詳しくご記入して下さい) ※貴施設で使用の事故報告書等に詳細が記載されている場合は、併せてお送りください。						
ふりがな		年齢	性別	住所		
被害者氏名		才	男・女			
(受財物 傷損 壊内 の程 容度)	部位(物品名)	届出署	警察署 受理番号()			
	程度					
	治ゆ見込み(修理費の見込)	病療 養施 院設	電話	国保	健保	労災
管 理 責 任 (いずれかに○) 有 ・ 無 ・ 不明						
法人名		TEL	-	-		
施設名		FAX	-	-		
所在地	(〒 -)	責任者				
		通知者				

平成 年 月 日
社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会会長 殿

(代理店使用欄) ページ 番号 代理店受付日: 年 月 日

種目	賠償責任保険	扱部課	横浜営三		代理店	(株)アレーテ		
契約者	社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会	証券No.		期間	平成30年4月1日 ~ 平成31年4月1日			
指示事項	※必ず事故日の日から14日以内に報告して下さい			損保ジャパン 日本興亜				
損保ジャパン日本興亜への連絡日	平成 年 月 日	損調	部長	課所長	担当者	課支社長	担当者	受付者
入金確認	平成 年 月 日	SC	責任者					

(SJNK17-15362 2017/12/6)