

医労連共済会御中  
TEL 03-3876-8297  
FAX 03-3876-8263

年 月 日

《行事スポット保険》  
事故報告速報

・ についてご記入ください

証券番号 \_\_\_\_\_

事故整理番号 \_\_\_\_\_

下記、事故のあったことを報告致します。

事故日時 \_\_\_\_\_ 年 月 日

午前・午後 時 分頃

事故場所 \_\_\_\_\_

フリガナ

( 男 ・ 女 )

負傷者氏名 \_\_\_\_\_

( 才 )

負傷者住所 \_\_\_\_\_

TEL ( )

事故状況 \_\_\_\_\_

ケガの状況 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_

TEL ( )

加入組合名 \_\_\_\_\_

TEL ( )

加入申込者名 \_\_\_\_\_

加入申込者住所 \_\_\_\_\_

TEL ( )

加入申込手続きをした日をご記入ください。

年 月 日

「加入証」の写し(コピーしたもの)を添付してください。

医労連共済会御中  
TEL 03-3876-8297  
FAX 03-3876-8263

年 月 日

《行事スポット保険》

賠償責任・事故報告速報

・ ・ ・ についてご記入ください

証券番号 \_\_\_\_\_ 事故整理番号 \_\_\_\_\_

下記、事故のあったことを報告致します。

事故発生日時 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
午前・午後 時 分頃

事故発生場所 \_\_\_\_\_  
フリガナ \_\_\_\_\_ (男・女)  
加害者氏名 \_\_\_\_\_ (才)  
加害者住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ ( )  
**対人** フリガナ \_\_\_\_\_ (才) (男・女)  
被害者氏名 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_  
被害者住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ ( )  
傷 害 の 部 位 ・ 程 度 \_\_\_\_\_  
病院名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ( )  
**対物** フリガナ \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
所有者氏名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
被害物 \_\_\_\_\_ 被害の程度 \_\_\_\_\_

事故状況・経過 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

加入組合名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ( )  
加入申込者氏名 \_\_\_\_\_  
加入申込者住所 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ ( )

加入申込手続きをした日をご記入ください。 \_\_\_\_\_ 年 月 日

「加入証」の写し(コピーしたもの)を添付してください。