

このページをコピーしてご使用ください

**ソウエルクラブ保険部**  
 (福利厚生センター) **行**  
 (FAX:03-3294-6817)

都道府県コード	契約者コード	事業所コード
130	9990	002

就業中・通勤中以外の事故や病気で  
 会員本人が亡くなった場合に60万円の弔慰金

黄色のマーカー部に赤字を参考に記入してください

法人施設名	社会福祉法人福利厚生会
送付先住所	東京都千代田区神田小川町 1-3-1
電 話	03-3294-6814
担 当 者	桜田 一郎

**事故報告書**

事故受付後の送付先、ご担当者をご記入ください

記入年月日 2023 年 4 月 4 日

報告の種類 (該当のものに○)	共済事業関係 <b>会員死亡</b> 高度障害・後遺障害・配偶者死亡・傷害入院・傷害手術		
	任意加入型 (団体生命・総合医療保険・傷害保険・入院保険・がん保険)		
事故の種類	<b>死亡</b> ・入院・手術・通院・賠償責任		
事故の原因	<b>病気</b> ・ケガ・交通事故・その他 ( )		
加入者	フリガナ	フリハナコ	職種
	氏名	福利 花子 (32才)	介護職員
	フリガナ		会員番号 (下6桁)
	住所	〒104-0052 東京都中央区月島 ×-×-×-××× (自宅) ☎ 03-××××-×××× (勤務先) ☎ 03-××××-××××	
事故対象者	フリガナ		1990 年
	氏名	(加入者と同じ場合は不要)	生年月日
	フリガナ		5月10日 (32才)
	住所	〒 (自宅) ☎ (勤務先) ☎	
加入者との関係	<b>本人</b> ・配偶者・子供・同居の親・その他 ( ) ※任意加入型の家族傷害の場合・被保険者本人と(同居している/別居している)		
事故発生日 (死亡日)	2023 年 4 月 2 日 午前・午後 時 分頃		
事故場所 (病気の場合は不要)	病気の場合は記入不要		
事故発生状況 (病気の場合は不要)	就業中・出勤中・退勤中・賠償責任・その他 ( ) 病気の場合は記入不要		
傷害の部位	頭・顔・頸・胸・背・腹・腰・腕 (右・左)・足 (右・左)・その他 ( )		
けがの状態	骨折・捻挫・打撲・すり傷・火傷・その他 ( )		
病名			
病院名			
治療期間 (見込)	入院期間 (見込・確定)	年 月 日 ~	年 月 日
	通院期間 (見込・確定)	年 月 日 ~	年 月 日