

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。