

【記入の仕方】

※この用紙は、提出用ではありません。

受付日 2023年 月 日 時 分 保険会社・代理店報告日 20 年 月 日 時 分

事故受付表兼事故報告書

ご契約者名	苫小牧市町内会連合会 会長 山端 豊城 ㊟		
ご住所	苫小牧市旭町4丁目5番6号	電話番号	0144-32-6609

保険種目	<input checked="" type="checkbox"/> 賠償責任	<input type="checkbox"/> 傷害	<input type="checkbox"/> その他 保険種目名()
証券番号			
保険期間	2023年7月1日～2024年7月1日(1年間)		

事故報告者	町内会 会長 ㊟	電話番号	
-------	----------	------	--

事故日	2023 年 月 日 午前・午後 時 分頃	警察届出	有・無	署・派出所
事故場所	苫小牧 市			
事故内容 (事故の原因)	<input type="checkbox"/>			

賠償責任	対人	負傷者名			
		住所	市・町	TEL	()
	対物	被害の程度			
		医療機関	TEL	()	
所有者名		住所	市・町		

負傷された方	氏名	男・女	生年月日	年 月 日 才
	住所	市・町		
	電話番号	()		

傷害	部位	症状		
	治療期間	入院	/ ~ /	
		通院	/ ~ /	
医療機関	所在地	医師名		

その他				
-----	--	--	--	--

【記入についての注意事項】
 ※色のついた部分について、本紙（A4サイズ）ご記入をお願いします。
 ※申請は治療中でもかまいませんので、お早めにご提出をお願いします。
 ※記入方法や、保険料支払いの流れなど、ご不明な点がございましたら、
町連事務局（32-6609） までお問い合わせください。

「町内会長の印」を押印してください。

事故の内容及び事故の発生した場所の図を、
分かる範囲でご記入ください。

保険請求のための書類は、負傷された方宛てに郵送されます。
記入もれのないよう、ご記入ください。

整骨院、整体院は保険適応外になる可能性がありますので、
そのような治療院へ通院された場合は、町連事務局までお問合せください。

個人情報に関する部分になりますので、
必ず確認し、その日付をご記入下さい。

上記事故の件で保険金支払いに関する個人情報を保険代理店及び保険会社など保険金支払いに必要とされる
 関係先に提供することを 20 年 月 日 (被保険者・負傷者・所有者・その他)に確認いたしました。
 (その他 続柄) 印

取扱代理店 有限会社コスモ保険センター
 メールアドレス cosmo200@siren.ocn.ne.jp
 FAX 011-758-3060 TEL 011-758-3939