

記入日： 年 月 日

損害保険ジャパン株式会社
 本店企業保険金サービス部
 団体保険金サービス課 御中
(FAX 03-3344-5878)

申込人および被保険者（加入者）は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト
 (<https://www.sompo-japan.co.jp/>) に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

社会福祉士団体補償制度 事故報告書

1	加入プラン	社会福祉士賠償責任保険制度 (○印を付けてください) A ・ B ・ C(個人後見) ・ C(法人後見) ・ D ・ E プラン
2	加入者氏名	(フリガナ)
3	加入者住所	〒
4	加入者連絡先	— —
5	事故日(発生日) <small>発生日不明の場合は発見日</small>	年 月 日 () 午前・午後 時 分頃
6	事故場所	
8	被害者氏名	(フリガナ)
7	事故原因・状況	
9	その他・備考	

太枠内1～9をご記入の上、上記宛先までFAXにてお送り下さい。

保 險 会 社 使 用 欄	保険種類	賠償 ・ 傷害
	証券番号	
	契約者	公益社団法人 日本社会福祉士会
	扱代理店	ウーベル保険事務所 (B0938)