

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	補償制度（○印を付けてください） 弁護士費用補償 ・ 医療補償 ・ 休業補償 ・ 傷害総合補償 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	
7	事故原因・状況	
8	ケガ・病気の 部位・程度	入院 ( ) 日・通院 ( ) 日・休業 ( ) 日
9	病院名	連絡先：
10	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	傷害・医療・所得
	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)