

## 「東浦町ふれあい制度（社会活動災害補償制度）」 保険金請求書 兼 事故証明書

ニューインディア保険会社 御中

【個人情報の利用目的】お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害保険会社間の確認を含みます）、保険金のお支払いを行うために利用させていただきます。

保険金請求日	令和 年 月 日		
保険契約者	東浦町	証券番号	
ご担当者	住民自治課住民自治係 ( )	連絡先	0562-83-3111 内線 295

## 東浦町ふれあい制度補償金等請求書（兼医療照会同意書）



東浦町御中

下記事故について、東浦町社会活動災害補償制度に従い災害補償金を請求いたします。災害補償金等は下記支払指図のとおりお支払いください。災害補償金は口座への振込をもって受領したものと認めます。なお、貴自治体または引受保険会社に被害者の傷病内容や治療内容等に関し、病院等に照会または記録等を取りつけることに同意します。また、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

※災害補償金の支給額が 10 万円を超える場合には別途診断書・証明書等の書類が必要となります。

事故内容	事故日	令和 年 月 日	午前・午後	時 分	ごろ
	被害者（フリガナ）…ケガなどをされた方	生年月日 年 月 日（才）			
	災害補償金請求者（フリガナ）…被害者が未成年者等の場合は親権者となります。	被害者とのご関係 本人 親権者 相続人 その他（ ）			
	災害補償金請求者住所（フリガナ）	お電話			
	事故発生場所				
	事故状況（事故原因・状況・受傷程度等）	社会活動の内容			
上記事故について相違ありません					（目撃者がいる場合） ㊞

治療内容	病院名	通院治療																		
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	計
	TEL	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計			
	傷病名（ケガの部位・症状）（例「右手首の骨折」のようにご記入ください）	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計			
		月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計			
	入院治療 日間（うち外泊日数 日）	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	計
	年 月 日 ~ 年 月 日	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計			
	手術（あり・なし） 「あり」の場合その内容	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	計
	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計				
ギブス固定	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	計	
年 月 日 ~ 年 月 日	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計				
その他固定器具（ ）	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	計	
年 月 日 ~ 年 月 日	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計				

支払指図		口座番号												
		通帳番号												
	フリガナ													
	口座名義													