

社会福祉法人 福利厚生センター理事長殿

法人名

代表者名

災害見舞金罹災報告書

記

1. 罹災施設または罹災会員の所在地：

2. 罹災年月日： 20 年 月 日

3. 施設に被害があった場合 施設名：
契約者コード：

会員住居に被害があった場合 会員名：
会員番号：

4. 罹災の種類と被害状況（以下に○印）

- ①災害救助法の適用： 受けている
- ②罹災状況： 半壊(半焼)以上 または 床上浸水以上
- ③添付書類： 罹災証明書(コピー可)
- ④罹災の種類： 地震 水害 その他()
- ⑤被害状況

5. 災害見舞金振込先（いずれかに○印）

- ①法人の指定口座
- ②法人の指定口座以外（振込先依頼書を添付）

災害見舞金 振込依頼書

法人が指定した口座以外への振込を希望される場合、太枠内に記入のうえ「災害見舞金罹災報告書」と合わせて返送ください。

なお、事業所（施設）の口座への振込みは可能ですが、会員個人の口座への振込みはいたしかねますのでご了承ください

振込先口座

金 融 機 関 口 座	銀行・金庫 農協・組合		本店・本所 支店・支所・出張所										
	口座種目	1 普通預金 2 当座預金	口座番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>									
	右詰めで記入して下さい												
フリガナ													
口座名義人(漢字)													

- 【作成上の留意点】
- ・金融機関支店名、口座番号等は預金通帳でお確かめ下さい。
 - ・金融機関口座欄は該当項目を○で囲んで下さい。

ソウェルクラブ保険部 行
 (福利厚生センター)
 (FAX:03-3294-6817)

都道府県コード	契約者コード	事業所コード

法人施設名	
送付先住所	
電 話	
担 当 者	

事故報告書

記入年月日 年 月 日

報 告 の 種 類 (該当のものに○)	共済事業関係 (会員死亡・高度障害・後遺障害・配偶者死亡弔慰金・傷害入院)		
	任意加入型 (団体生命・医療保障・傷害保険・入院保険・がん保険)		
事 故 の 種 類	死亡・入院・手術・通院・賠償責任		
	病気・けが・交通事故・その他 ()		
加 入 者	フリガナ		職種
	氏 名	(才)	会員番号(下6桁)
	フリガナ		
	住 所	〒 (自宅)☎ (勤務先)☎	
事 故 対 象 者	フリガナ		T・S・H 年
	氏 名	(加入者と同じ場合は不要)	生 年 月 日 月 日(才)
	フリガナ		
	住 所	〒 (自宅)☎ (勤務先)☎	
加 入 者 と の 関 係	本人 ・ 配偶者 ・ 子供 ・ 同居の親 ・ その他 () <small>※任意加入型の家族傷害の場合・被保険者本人と(同居している/別居している)</small>		
事故発生日 (死亡日)	年 月 日 午前・午後 時 分頃		
事 故 場 所 (病気の場合は不要)			
事 故 発 生 状 況 (病気の場合は不要)	就業時・出勤中・退勤中・賠償責任・その他 ()		
傷 害 の 部 位	頭・顔・頸・胸・背・腹・腰・腕(右・左)・足(右・左)・その他 ()		
け が の 状 態	骨折・捻挫・打撲・すり傷・きり傷・火傷・その他 ()		
病 名			
病 院 名			
治 療 期 間 (見 込)	入院期間 (見込・確定)	年 月 日～	年 月 日
	通院期間 (見込・確定)	年 月 日～	年 月 日