

商工会受付	県連受付	全国連受付	東京海上受付
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日

商工会名: _____

担当: _____

電話: () _____

以下の通り、賠償事故が発生しましたのでご連絡します。

全国連 福祉共済【個人賠償責任保険】 事故連絡票

福祉共済契約内容	県名		商工会名	
	加入タイプ	2000円 ・ 3000円 ・ 4000円		契約番号
	加入者名		被共済者名	
	か		か	

当方	賠償事故当事者(加害者)		被共済者との関係	
	か		被共済者本人 ・ 配偶者 ・ 同居の親族(*) 別居の未婚の子 ・ 未成年者の親権者 <small>(*)6親等内血族と3親等内姻族</small>	
	住所		電話番号	年齢/学年

相手方	被害者			
	か			
	住所		電話番号	年齢/学年

事故内容	事故日	年 月 日 (午前 ・ 午後) 時 分 頃		
	事故発生状況			
	具体的にご記入下さい			
	東京海上日動火災の担当者からの連絡希望先 (* 本事故連絡票に基づき引き受け保険会社の東京海上日動火災保険の担当者より事故対応についてご連絡させていただきます。)			
	1. 加入者 ・ 2. 被共済者 ・ 3. 賠償当事者		連絡先電話番号	
	その他連絡事項(電話連絡希望時間、その他事故対応に関する情報等)			

