

## 《事故通知先》

(有)ゼンポ扱以外：貴園担当代理店にご連絡ください  
 \*貴園担当代理店は加入通知書にてご確認ください  
 (有)ゼンポ扱：事故受付票をFAXください  
 03-3515-7511

## 事 故 受 付 票

## 〈個人情報の利用目的〉

事故受付票記載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や東京海上グループ内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。また、安全啓発・制度普及活動を目的に、全私保連、園への情報提供を行うために利用させていただくことがあります。

東京海上日動火災保険株式会社 御中

20 年 月 日

1. 事業内容	(どの業務中の事故か○をおつけください) <input type="radio"/> ① 通常保育 <input type="radio"/> ② 一時預かり・休日保育 <input type="radio"/> ③ 一号認定こどもに関する事業 <input type="radio"/> ④ その他 ( )		
2. 事故内容	(○をおつけください) ※複数選択可 <input type="radio"/> ① 賠償事故(スポーツ振興センターの加入 <input checked="" type="radio"/> (有) <input type="radio"/> (無)) <input type="radio"/> ② 傷害事故		
3. 事故発生日	20	年	月 日 時頃
4. 事故発生場所			
5. おケガをされた方 (賠償事故で対物事故) (の場合は被害者)	(ふりがな) (氏名)	(年 令)	(性 別)
	(住 所)		
6. 会員園コード	-		
7. 保険契約者名	公益社団法人全国私立保育園連盟		
8. 事故状況			
9. ケガの内容 (わかる範囲でご記入) ください	治療期間 (見 込)	(入 院) 日間 (通 院) 日間 医療機関名( )	
10. そ の 他	(賠償事故で対物事故の場合は損害の程度)		
11. 保険金請求送付先 (○をおつけください)	<input type="radio"/> ① 加入施設	<input type="radio"/> ② おケガをされた方	<input type="radio"/> ③ その他
③ その他の場合の送付先	住 所 氏 名		

上記事故の発生したことを証明致します。

園 名		印	担当者名	
住 所			電話番号	
			FAX 番号	
営 業 店			代理店名	

※事故受付票をご提出いただく際は、あわせて加入通知書のコピーをご提出ください。