

※	受付 番号	
---	----------	--

FAX 送信日 令和 年 月 日

三井住友海上火災保険株式会社
 学生総合補償制度（こども総合保険）担当者 行

東北福祉大学 学生生活支援課

代理店 ㈱福祉工房

受付担当 _____ 印

事故受付カード

受付日 令和 年 月 日

学籍番号		被保険者名	フリガナ	生年月日	S・H 年 月 日
住所	〒 携帯・TEL () -				
帰省先	〒 TEL () -				
事故発生日時	令和	年	月	日	AM・PM 時 分頃
事故発生場所					
事故の形態	部活中	サークル活動中	日常生活での事故	授業中、研修・研修中	
	交通事故	交通事故(自損)	大学設備損壊	その他	
事故発生状況：					
病院名		住所	〒 TEL () -		
傷病名		治療見込期間	入院 日間・治療中・治療済		
入院時付添い婦を雇入れた場合	令和	年	月	日	～ 令和 年 月 日間
手術をした場合	令和	年	月	日	手術名
相手が怪我をした場合					
相手の名前		住所	〒 TEL () -		
病院名		住所	〒 TEL () -		
傷病名		治療見込期間	入院 日間・通院 日間		
相手の物に損害を与えた場合					
相手の名前		住所	〒 TEL () -		
損害を与えた物件					