未成年後見人支援事業　未成年後見人補償制度

東京海上日動火災保険株式会社
代理店　システムマネィジメント
　　担当行
FAX　　-　　-
（TEL　　-　　-　　）

報告者

事故報告用紙

1. 被保険者について

加入者番号 被保険者	
（加入者名）	
住所	
電話番号	

2. 保険種目について（該当する部分に○を記入して下さい。）

（1）被後見人補償制度（傷害保険）	
（2）被後見人補償制度（個人賠賞責任保険）	
（3）未成年後見人補償制度（賠償責任保険）	

3. 事故内容について

事故日	年　月　日　時　分	
(1)～（3）共通：事故内容		
（1）のみ：受傷内容	傷病名	
	傷病程度	○入院【　月　日　～（退院見込）　月　日】
		○通院【　月　日　～（治療見込）　月　日】
		○後遺障害【　　】
(1)～（3）共通：その他連絡事項		