

事故報告書兼確認書

加入申込者	_____
住 所	_____
担 当 者	_____
連 絡 先	TEL _____
	FAX _____

保険金請求書送付先(○印を囲んでください)

<input type="radio"/> 上 記 へ	_____
<input type="radio"/> 住 所	_____
氏 名	TEL _____

1. 加 入 内 容 加 入 プ ラ ン (○印をつけて下さい)	1 ボランティア活動保険 (基本・天災・地震補償・感染症重点) 2 ボランティア行事用保険 (A・B・C) 3 福祉サービス総合補償 (A・B・C) 4 送迎サービス補償 (A・B) 5 社協の保険、ふれあいサロン傷害補償
2. 被 保 険 者 氏 名	(氏名) (住所) (TEL)
3. 事 故 日	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃
4. 事 故 場 所	
5. 事 故 原 因・状 況 (どのような活動中、どのような状況で)	
6. 傷 害 部 位・程 度 (傷害事故の場合)	骨折・捻挫・打撲
7. 病 院 名 (傷害・感染症事故の場合)	(TEL)
8. 被 害 者 氏 名 (賠償事故の場合)	(氏名) (住所) (TEL)
9. 被 害 の 程 度 (賠償事故の場合)	(被害の程度) (病院名) (TEL)
10. 損 害 の 程 度 (物損害の場合)	
責任者または目撃者	(氏名) (住所) (TEL) (保険加入団体名)

社会福祉協議会確認欄

上記事故につき報告されましたことを確認いたします。 令和 年 月 日

(社協名) (住所)

社会福祉法人 岡山市社会福祉協議会 受付印 岡山市北区鹿田町一丁目1番1号