

事故報告書兼確認書

* 団体で加入されている場合は、団体名をご記入ください

※記入例

加入申込者	日本 太郎
住 所	〒 103-8255 東京都中央区日本橋 2-2-10
担 当 者	鈴木 一郎
連 絡 先	TEL 03-3231-7545 FAX 03-3231-7780

保険金請求書送付先(○印を囲んでください)

<input checked="" type="radio"/> 上 記 へ	
<input type="radio"/> 住 所 〒	
氏 名	

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(A・B・天災 A・天災 B) 2 ボランティア行事用保険(Aプラン・Bプラン) 3 福祉サービス総合補償(Aプラン・Bプラン・Cプラン) 4 送迎サービス補償(A1プラン・A2プラン・Bプラン) 5 社協の保険、ふれあいサロン障害補償
2.被 保 険 者 氏 名	(氏名) 日本 太郎 (住所) 東京都中央区日本橋 2-2-10 (TEL) 03-3231-7540
3.事 故 日	平成 28 年 5 月 15 日(日) 午前・午後 11 時 00 分頃
4.事 故 場 所	東京都中央区日本橋 ○×公園内
5.事 故 原 因・状 況 (どのような活動中、どのような状況で)	清掃ボランティアとして○×公園内で木の枝を切っていたところ、切った枝がたまたま下にいた子どもの額に当たり、ケガをさせてしまったもの。
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) 山田 次郎 (住所) 東京都葛飾区○△1-1 (TEL) 03-1234-5678
9.被 害 の 程 度 (賠償事故の場合)	(被害の程度) 額を1針縫うケガ (病院名) 日本橋病院 (TEL) 03-5678-1234
10.損 害 の 程 度 (物損害の場合)	
責任者または目撃者 * 必ずご記入ください。	(氏名) 田中 三郎 (住所) 東京都杉並区○△2-3 (TEL) 03-9765-4321 (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。 平成 年 月 日

(社協名)

社会福祉法人 岡山市社会福祉協議会 印

(住所)

岡山市北区鹿田町一丁目1番1号