

# 『しせつの損害補償』 事故報告書兼傷害事故証明書

## (社会福祉施設総合損害補償)

今回発生した事故について、次のとおり報告いたします。  
 また、本件事故について、損害を受けた財物の所有者・利用者等（以下「相手方」といいます。）の個人情報の取扱いについて当事者間で以下の事項に合意していることを通知いたします。

- 貴社が保険金の支払い、支払いの判断のために、相手方の個人情報を取得、利用すること。
- 貴社が上記1.の利用目的のために、本件事故に関する関係先等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。

加入者番号		加入 プラン	プラン1	①基本(見舞用付(オプション)①②③) ②個人情報 ③什器・備品	
施設・事業種別			プラン2	①入所者 ②通所者 ②不特定 ③送迎車	
種別コード			プラン3	①労災上乗せ(オプション) ②職員傷害 ③感染症	
			プラン4	①役員賠償	
法人(施設)名	住所 〒	電話		担当者	役職
	法人名				
	施設名				
保険期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			<input type="checkbox"/> 施設長	<input type="checkbox"/> 事務長
				<input type="checkbox"/> 一般職員	<input type="checkbox"/> その他( )
事故日時	平成 年 月 日 午前 時頃	事故場所	(建物内の場合具体的な場所の記入もお願いします。)		
受 傷 者 (財物損壊の場合 は財物の所有者)	住所 〒	☎ ( )	要介護度： 障害程度区分 生年月日 年 月 日 ( )		
	フリガナ				
	氏名				
	施設との関係				
原因状況	<input type="checkbox"/> 別紙事故報告書のとおり（施設独自の報告書がある場合は添付してください。） 利用者を介助していた際、誤って転倒させ負傷させてしまったもの。 受傷者あるいは所有者からの賠償請求の有無…… 有・無				
受傷内容 (財物損壊の程度)	部位(物品名)	程度 入院の有無 <input type="checkbox"/> なし(通院のみ) <input type="checkbox"/> あり ↓以下の項目についてもわかる範囲でご記入ください。 入院期間 / / ~ / / (見込) 手術有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ありの場合手術名( )	治ゆ見込(修理費の見込額)		
病院名	☎	受傷者が未成年 責任無能力者の 場合の保護者(後見人)等			

(注) 特に賠償責任事故が発生した場合は損保ジャパン日本興亜へ速やかに電話連絡し、担当社員の指示を受けてください。  
 受傷内容の「程度」はできるだけ詳しくご記入ください。

保険金請求書類送付先 (プラン2、3の場合は施設以外へ送付できますので施設 以外の送付を希望される場合は記入してください。) 住所 〒 -	上記事故は  にて発生した事故であることを証明いたします。  年 月 日
宛名	[法人(施設)住所]
☎	
その他連絡事項	[法人(施設)名]
	[法人(施設)代表者名]

## 『しせつの損害補償』 事故報告書兼傷害事故証明書

(社会福祉施設総合損害補償)

今回発生した事故について、次のとおり報告いたします。

また、本件事故について、損害を受けた財物の所有者・利用者等（以下「相手方」といいます。）の個人情報の取扱いについて当事者間で以下の事項に合意していることを通知いたします。

- 貴社が保険金の支払い、支払いの判断のために、相手方の個人情報を取得、利用すること。
- 貴社が上記1.の利用目的のために、本件事故に関する関係先等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。

加入者番号	13-11-1234	加入 プラン	プラン1	<input checked="" type="checkbox"/> 基本(見舞用付) <input checked="" type="checkbox"/> オプション①②③	<input checked="" type="checkbox"/> 個人情報	<input checked="" type="checkbox"/> 什器・備品	
施設・事業種別	特別養護老人ホーム		プラン2	<input checked="" type="checkbox"/> 入所者	<input checked="" type="checkbox"/> 通所者	<input checked="" type="checkbox"/> 不特定	<input checked="" type="checkbox"/> 送迎車
種別コード	11		プラン3	<input checked="" type="checkbox"/> 労災上乗せ <input checked="" type="checkbox"/> オプション	<input checked="" type="checkbox"/> 職員傷害	<input checked="" type="checkbox"/> 感染症	
		プラン4	<input checked="" type="checkbox"/> 役員賠償				
法人(施設)名	住所 〒100-8965 東京都千代田区霞が関3-3-2 法人名 社会福祉法人霞が関福祉会 施設名 特別養護老人ホーム霞が関	電話	03-1234-5678				
保険期間	平成30年4月1日から平成31年4月1日まで	担当者	鈴木				
事故日時	平成30年5月10日午前9時頃	事故場所	居室 (建物内の場合具体的な場所の記入もお願いします。)				
受傷者 (財物損壊の場合 は財物の所有者)	住所	〒100-1111 千代田区霞が関1-1-1	☎	03(8765)4321			
	フリガナ	フクシ タロウ	要介護度	要介護4			
氏名	福祉 太郎	障害程度区分					
	施設との関係	入所者	生年月日	1930年8月10日 (男)			
原因状況	<input type="checkbox"/> 別紙事故報告書のとおり(施設独自の報告書がある場合は添付してください。) 利用者を介助していた際、誤って転倒させ負傷させてしまったもの。 受傷者あるいは所有者からの賠償請求の有無…… <input checked="" type="checkbox"/> 有・無						
受傷内容 (財物損壊の程度)	部位(物品名)	程度	大腿骨骨折 入院の有無 <input type="checkbox"/> なし(通院のみ) <input checked="" type="checkbox"/> あり ↓以下の項目についてもわかる範囲でご記入ください。 入院期間 30/5/10~30/5/25 (見込) 手術有無 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→ありの場合手術名(人工骨頭置換術)		治ゆ見込(修理費の見込額) 平成30年6月中旬頃		
病院名	霞が関病院	☎	03-1234-1234		受傷者が未成年 責任無能力者の 場合の保護者(後見人)等		

(注) 特に賠償責任事故が発生した場合は損保ジャパン日本興亜へ速やかに電話連絡し、担当社員の指示を受けてください。

受傷内容の「程度」はできるだけ詳しくご記入ください。

保険金請求書類送付先 (プラン2、3の場合は施設以外へ送付できますので施設 以外の送付を希望される場合は記入してください。) 住所 〒 -	上記事故は 当法人(施設)内 にて発生した事故であることを証明いたします。
宛名	平成30年5月10日
☎	[法人(施設)住所] 東京都千代田区霞が関3-3-2
その他連絡事項	[法人(施設)名] 社会福祉法人霞が関福祉会
	[法人(施設)代表者名] 保険 一郎

社会福祉法人霞が関福祉会