



# 事故報告書

## ■メールによる事故受付

ふくしの保険ホームページ右側の専用ログインからユーザーID・パスワードにてログイン後、[各種ダウンロード][事故報告書]リンクからファイルダウンロードのうえ、Excel形式の事故報告書を作成し、各都道府県毎の担当部署までメール添付にて送信ください。

## ■FAXによる事故受付

右(P.110)の事故報告書をコピーし、報告内容を記入後、P.111掲載の各都道府県毎の担当部署にFAX送信ください。なお、ふくしの保険ホームページトップ画面[インフォメーション][事故が起こったら(事故報告書)]にも事故報告書を掲載してます。

## 記入例

| 『しせつの損害補償』事故報告書 兼個人情報取扱いに関する同意書   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <small>今回発生した事故について、次のとおり報告します。<br/>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。))の個人情報取扱いについて当事者間で以下の事項に同意していることを通知します。<br/>1. 損害保険ジャパンが保険金の支払い、支払いの判断のために、相手方の個人情報取得、利用すること。<br/>2. 損害保険ジャパンが上記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。</small> |  |   |  |
| ※メール、もしくはFAXにてお受付いたします。各都道府県毎の送付先は、手引、もしくはふくしの保険のホームページ( <a href="https://www.fukushihoken.co.jp/">https://www.fukushihoken.co.jp/</a> )の事故報告書掲載ページからご確認ください。   |  |   |  |
| 加入者情報   | ユーザID  | 13012345  |  |
|   | 法人名  | 社会福祉法人霞が関の会   |  |
|   | 施設名  | 特別養護ホーム霞が関〇△◇   |  |
|   | 施設・事業種別                                      | ② 老人デイサービス [施設CD:2] <small>※手引P111掲載の施設種別から転記</small>   |  |
|   | 加入プラン  | <input checked="" type="checkbox"/> プラン1ー①基本補償 <input checked="" type="checkbox"/> B型(見舞金付き) <input checked="" type="checkbox"/> プラン2ー①入所利用者の傷害補償<br><input type="checkbox"/> OP1訪問・相談等サービス補償 <input type="checkbox"/> プラン2ー②通所利用者の傷害補償<br><input type="checkbox"/> OP2医務室の医療事故補償 <input type="checkbox"/> 不特定多数利用者の傷害補償<br><input type="checkbox"/> 看護職の賠償責任補償 <input type="checkbox"/> プラン2ー③送迎車搭乗中の傷害補償<br><input type="checkbox"/> OP3借用不動産賠償事故補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン3ー①職員の労災上乗せ補償<br><input type="checkbox"/> OP4クレーム対応サポート補償 <input type="checkbox"/> 使用者賠償責任補償<br><input type="checkbox"/> OP5感染症対応費用補償 <input type="checkbox"/> プラン3ー②役員・職員の傷害補償<br><input type="checkbox"/> プラン1ー②個人情報漏えい対応補償 <input type="checkbox"/> プラン3ー③役員・職員の感染症補償<br><input type="checkbox"/> プラン1ー③什器・備品の損害補償 <input type="checkbox"/> プラン3ー④雇用慣行賠償補償<br><input type="checkbox"/> プラン4社会福祉法人役員等の賠償補償 |  |
| 保険期間  | 2024 年 4 月 1 日から 2025 年 4 月 1 日まで            |   |  |
| 法人(施設)住所  | 〒100-1234 東京都千代田区霞が関3-3-2新霞が関ビル              | 担当者   | <input type="checkbox"/> 理事長<br><input type="checkbox"/> 施設長<br><input checked="" type="checkbox"/> 一般職員・その他 |
| ご連絡先  | TEL: 03-0000-1111 メール: ****@fukushihoken.com |   |  |
| 事故・被災内容   | 事故/被災日時                                      | 2024 年 5 月 10 日 18 時 20 分頃  |  |
|   | 事故/被災場所                                      | 特養ホーム霞が関〇△◇の居室<br><small>(居室内、廊下、トイレ、浴室等、建物内の場合具体的な場所の記入をお願いします。)</small>   |  |
|   | 事故/被災状況<br>(具体的に<br>ご記入ください)                 | 「別紙事故報告書のとおり(独自の報告書がある場合は添付してください。)<br>特養ホーム霞が関〇△◇の居室にて、ベッドから職員が介助し車いすに移す際、ブレーキをかけるのを<br>失念していたため、車いすが動き出し、利用者が転倒し負傷させたもの。  |  |
| 受償者   | おケガ等をされた方                                    | (フリガナ) フクシ タロウ<br>福祉 太郎 <small>年齢(才) ※※ 性別: ※※</small>  |  |
|   | 住所・連絡先                                       | 〒000-0000 TEL: 0000-00-0000<br>(ご自宅)東京都港区〇〇〇町〇〇-〇〇-〇〇号室   |  |
|   | 施設との関係                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 施設利用者 <input type="checkbox"/> 施設役員・職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |
| 損害の内容   | 身体損傷   | 傷病名・部位 (傷病名) 右足大腿骨骨折 (部位) 右大腿部<br>入院手術有無 【入記】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【手術】 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → 有の場合【手術名】 右大腿骨頭〇〇術<br>病院名・連絡先 霞が関病院 整形外科 (TEL00-0000-0000)  |  |
|   | 財物損壊   | 損害の対象<br>損害の状況(修理見込等)<br>修理先 (名称・担当・TEL)  |  |
|   | その他  | 連絡事項など 〇月〇日にご家族と面談予定あり、事前に確認したいことあり保険会社担当から連絡欲しい。   |  |
| 書類送付先   | 保険金請求書類<br>送付先住所・連絡先                         | <input type="checkbox"/> 法人住所・連絡先と同じ<br><input checked="" type="checkbox"/> 下記のとおり<br>〒 住所<br>宛名 TEL:   |  |
|   | 事故証明書  | 上記事故は当法人の以下の状況にて発生した事故であることに相違ありません。<br>※管理下とは施設内ほか、職員等同の外出、別の社会福祉施設等で行われる各種訓練・実習等を含みます。<br><input checked="" type="checkbox"/> 管理下中 <input type="checkbox"/> 施設往復途中 <input type="checkbox"/> 訪問・相談等サービス <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>【法人(施設)住所】 <input type="checkbox"/> 上記法人(施設)住所に同じ <input type="checkbox"/> 右記のとおり<br>【法人(施設)名】 <input type="checkbox"/> 上記法人(施設)名に同じ <input type="checkbox"/> 右記のとおり<br>【法人(施設)代表者名】 理事長 霞が関 太郎 記入日 2024年5月20日   |  |
| 取扱代理店   |  | 福祉保険サービス  | 引受保険会社 損害保険ジャパン株式会社  |

※[施設・事業種別]欄は下記1～9の中から選んで記入ください。

## 施設・事業種別

- 1.特別養護老人ホーム
- 2.老人デイサービス
- 3.老人ショートステイ
- 4.その他の老人福祉関係施設・事業
- 5.障害者関係施設(入所型)
- 6.障害者関係施設(通所型)
- 7.その他の障害者福祉関係施設・事業
- 8.その他の児童福祉関係施設・事業
- 9.その他(上記①～⑧に該当しないもの)