

## 『しせつの損害補償』事故報告書

兼個人情報の取扱いに関する同意書

今回発生した事故について、次のとおり報告します。

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同意していることを通知します。

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、相手方の個人情報を取得、利用すること。

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。

※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（<https://www.fukushihoken.co.jp/>）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	① 特別養護老人ホーム [施設CD:1] <span style="color: red;">👉プルダウンから選択</span>		
	加入プラン	<div><div><input type="checkbox"/> プラン1ー①基本補償（A型） <input checked="" type="checkbox"/> プラン1ー①基本補償 見舞費用付(B型)     <input type="checkbox"/> OP1訪問・相談等サービス補償     <input checked="" type="checkbox"/> OP2医務室の医療事故補償     <input type="checkbox"/> 看護職の賠償責任補償     <input type="checkbox"/> OP3借用不動産賠償事故補償     <input type="checkbox"/> OP4クレーム対応サポート補償 <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1ー③什器・備品の損害補償</div><div><input checked="" type="checkbox"/> プラン2ー①入所利用者の傷害補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン2ー②通所利用者の傷害補償     <input type="checkbox"/> 不特定多数利用者の傷害補償 <input type="checkbox"/> プラン2ー③送迎車搭乗中の傷害補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン3ー①職員の労災上乗せ補償     <input checked="" type="checkbox"/> 使用者賠償責任補償 <input type="checkbox"/> プラン3ー②役員・職員の傷害補償 <input type="checkbox"/> プラン3ー③役員・職員の感染症補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン3ー④雇用慣行賠償補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン4社会福祉法人役員等の賠償補償</div></div>		
	保険期間	2025 年 4 月 1 日から 2026 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 管理部 遠藤	<input type="checkbox"/> 理事長 <input type="checkbox"/> 施設長 <input 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	2025 年 5 月 10 日 17 時 30 分頃		
	事故/被災場所	特養ホーム霞が関〇△◇の居室 (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。)		
	事故/被災状況 (具体的に ご記入ください)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。) 特養ホーム霞が関〇△◇の居室にて、ベットから職員が介助し車いすに移す際、職員がブレーキをかけるのを失念していたため、車いすが動き出し、利用者が転倒し負傷させたもの。		
受 傷 者	おケガ等をされた方	(フリガナ) フクシ タロウ 福祉 太郎      年齢(才): **      性別: **		
	住所・連絡先	〒 000-0000      TEL: 0000-00-0000 (ご自宅)東京都港区〇〇〇町〇〇-〇〇-〇〇-〇〇号室		
	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	
		入院手術有無	【入院】 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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	
		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		
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るため、事前に保険会社から連絡欲しい。		
書 類 送 付 先	保険金請求書類 送付先住所・連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 法人住所・連絡先と同じ <input type="checkbox"/> 下記のとおり 〒      住所      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。 ※管理下中とは施設内ほか、職員帯同の外出、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。			
	<input checked="" type="checkbox"/> 管理下中 <input type="checkbox"/> 施設往復途上 <input type="checkbox"/> 訪問・相談等サービス <input type="checkbox"/> その他 (      )			
	【法人(施設)住所】	<input checked="" type="checkbox"/> 上記法人(施設)住所と同じ <input type="checkbox"/> 右記のとおり		
	【法人(施設)名】	<input checked="" type="checkbox"/> 上記法人(施設)名と同じ <input type="checkbox"/> 右記のとおり		
	【法人(施設)代表者名】	理事長 霞が関 太郎	記入日	2025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