

『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

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。

- 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。
- 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				
	法人名				
	施設名				
	施設・事業種別	☞手引P111掲載の施設種別から転記			
	加入プラン	<input type="checkbox"/> プラン1ー①基本補償 <input type="checkbox"/> B型(見舞金付き) <input type="checkbox"/> OP1訪問・相談等サービス補償 <input 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"/> OP5感染症対応費用補償 <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 <input type="checkbox"/> プラン2ー①入所利用者の傷害補償 <input 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 type="checkbox"/> プラン3ー①職員の労災上乗せ補償 <input 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 type="checkbox"/> プラン3ー④雇用慣行賠償補償 <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	年	月	日から 年 月 日まで	
	法人(施設)住所	〒	担当者	<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:	メール:		
事故・被災内容	事故/被災日時	年	月	日 時 分頃	
	事故/被災場所	(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 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。)			
受傷者	おケガ等をされた方	(フリガナ) 年齢(才): 性別:			
	住所・連絡先	〒	TEL:		
	施設との関係	<input 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) (部位)		
		入院手術有無	【入院】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【手術】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 有の場合【手術名】		
		病院名・連絡先			
	財物損壊	損害の対象			
その他		損害の状況(修理見込等)			
		修理先	(名称・担当・TEL)		
	連絡事項など				
書類送付先	保険金請求書類 送付先住所・連絡先	<input 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 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 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 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】 記入日			
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