

『保育所・認定こども園の損害補償』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	霞が関にこにこ保育園		
	施設・事業種別	<input checked="" type="checkbox"/> 認可保育所 [施設CD:8] <input type="checkbox"/> 認定こども園 [施設CD:8] 【施設種類コード共通】		
	加入プラン	<input type="checkbox"/> 基本セット補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン2-①園児の傷害補償 <input type="checkbox"/> 天災セット補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン2-②来園者の傷害補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン1-①基本補償 <input type="checkbox"/> プラン2-③送迎車搭乗中の傷害補償 <input type="checkbox"/> OP1地域子育て支援拠点事業等補償 <input type="checkbox"/> プラン3-①職員の労災上乗せ補償 <input type="checkbox"/> OP2借用不動産賠償事故補償 <input type="checkbox"/> 使用者賠償責任補償 <input checked="" type="checkbox"/> OP3看護職の賠償責任補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン3-②役員・職員の傷害補償 <input checked="" type="checkbox"/> OP4クレーム対応サポート補償 <input type="checkbox"/> プラン3-③役員・職員の感染症補償 <input type="checkbox"/> プラン1-②個人情報漏えい対応補償 <input type="checkbox"/> プラン3-④雇用慣行賠償補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン1-③什器・備品の損害補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン4社会福祉法人役員等の賠償補償		
	保険期間	2025 年 4 月 1 日から 2026 年 4 月 1 日まで		
	法人(保育所)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 小山	<input type="checkbox"/> 理事長 <input type="checkbox"/> 園長 <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	2025 年 5 月 10 日 14 時 30 分頃		
	事故/被災場所	霞が関にこにこ保育園 園庭(砂場) (室内、園庭、廊下、トイレ等の具体的な場所をご記入願います。)		
	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。) 園児〇〇ちゃんが走って砂場に入ろうとした際、砂場の段差に躓き、砂場に顔から転倒し、 顎を強打し負傷した。詳細は別紙参照		
受傷者	おケガ等をされた方	(フリガナ) フクシ ハナコ 福祉 花子 年齢(才): ** 性別: **		
	住所・連絡先	〒 000-0000 TEL: 00-0000-0000 (ご自宅)東京都港区〇〇〇町〇〇-〇〇-〇〇-〇〇号室		
	保育所との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 園児 <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) 顎に打撲・すり傷 (部位) 顎	
	入院手術有無	【入院】 <input checked="" 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	霞が関病院 整形外科(TEL00-0000-0000)		
	財物損壊	損害の対象		
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・宛名	<input type="checkbox"/> 法人住所・連絡先と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 下記のとおり 〒 000-0000 住所 東京都港区〇〇〇町00-000-000号室 宛名 福祉 太郎 (園児の親) TEL: 00-0000-0000	
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"/> 保育所往復途上 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	【法人(保育所)住所】 <input checked="" type="checkbox"/> 上記法人(保育所)住所に同じ <input type="checkbox"/> 右記のとおり 【法人(保育所)名】 <input checked="" type="checkbox"/> 上記法人(保育所)名に同じ <input type="checkbox"/> 右記のとおり			
	【法人(施設)代表者名】	園長 〇〇 〇〇	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