

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.85)の事故報告書をコピーし、報告内容を記入後、P.86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][事故が起これば(事故報告書)]にも事故報告書を掲載してます。

記入例

『保育所・認定こども園の損害補償』事故報告書 個人情報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	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 type="checkbox"/> 天災セット補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン2-①園児の傷害補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン1-①基本補償 <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 checked="" type="checkbox"/> プラン3-①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"/> OP2借用不動産賠償事故補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン3-②役員・職員の傷害補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン3-③役員・職員の感染症補償 <input type="checkbox"/> OP3看護職の賠償責任補償 <input type="checkbox"/> プラン3-④雇用慣行賠償補償 <input type="checkbox"/> OP4クレーム対応サポート補償 <input checked="" type="checkbox"/> プラン4社会福祉法人役員等の賠償補償 <input type="checkbox"/> OP5感染症対応費用補償				
	<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1-③什器・備品の損害補償				
保険期間	2024 年 4 月 1 日から 2025 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	<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	2024 年 5 月 10 日 18 時 20 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、砂場の段差に踏み、砂場に顔から転倒し、 額を強打し負傷した。			
受償者	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 額に打撲・すり傷 (部位) 額 入院手術有無 【入院】 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【手術】 <input checked="" 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 損害の状況(修理見込等) 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 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000-000-000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"/> 保育所往復途中 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input checked="" type="checkbox"/> 上記法人(保育所)住所と同じ 【法人(保育所)住所】 <input type="checkbox"/> 右記のとおり				
	<input checked="" type="checkbox"/> 上記法人(保育所)名と同じ 【法人(保育所)名】 <input type="checkbox"/> 右記のとおり				
【法人(施設)代表者名】		園長 〇〇 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