

VIII 全国社会福祉協議会 団体補償制度(ふくしの保険) 事故報告書(記載例)

損害保険ジャパン日本興亜株式会社(保険金サービス課) 御中

※都道府県別に送付先が異なります。パンフレットまたは手引きをご覧ください。
 ※加入証または加入依頼書の加入者控および名簿などを合わせてFAXにてご送付ください。

受付社協名	社協コード	1 3 9 8 7 6	〇〇〇〇	社会福祉協議会
連絡先	0 1 2 3 (4 5) 6 7 8 9	担当者名	〇〇	〇〇
加入プラン	① ボランティア活動保険 (A・B)・(天災A)・(天災B) ⑤ 社協の保険 ② ボランティア行事用保険 (A)・(B)・(C) (プラン名) ③ 福祉サービス総合補償 (A)・(B)・(C) ⑥ ふれあいサロン・社協行事傷害補償 (A)・(B) ④ 送迎サービス補償 (A)・(B)			

加入申込人	団体・グループ名 個人加入の場合は氏名	(フリガナ) ニッポンボランティアサークル 日本ボランティアサークル <input type="checkbox"/> 受付社協に同じ	担当者名	(フリガナ) フクシジロウ 福祉 次郎 <input type="checkbox"/> 受付社協に同じ
	住所	(〒 100 - 2222) 〇〇県 〇〇市	連絡先	0123(45)8967 <input type="checkbox"/> 受付社協に同じ

活動(行事)の内容	(ボランティア活動保険・ボランティア行事用保険・福祉サービス総合補償の場合ご記入ください) 点字ボランティア <input type="checkbox"/> 活動中 <input checked="" type="checkbox"/> 往復途上
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

保険期間	〇〇年 〇月 〇日から 〇〇年 〇月 〇日	事故場所 (どこで)
事故日時(いつ)	△△年 △月 △日(△) <input checked="" type="checkbox"/> 午前 10時30分頃 <input type="checkbox"/> 午後	

傷害・感染 事故の場合	受傷者名	(フリガナ) ソンボ タロウ 損保 太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	(フリガナ) 〇〇シ△△1-1-1 (〒 100 - 0000) 〇〇市△△1-1-1	生年月日	〇〇年 〇月 〇日
			連絡先	0123(98)7654

事故原因・状況 (どのような) <small>(詳細を簡潔にご記入ください)</small>	点字ボランティアの研修会に参加するため、千代田福祉会館に自転車で向かう途中、猫が飛び出てきたので、よけようとしてバランスを崩して転倒し、足首をひねってしまった。			
受傷内容	部位	程度	入院の有無 <input checked="" type="checkbox"/> なし(通院のみ) <input type="checkbox"/> あり ↓以下の項目についてもわかる範囲でご記入ください。(見込) 入院期間 / / ~ / / (見込) 手術有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ありの場合手術名()	症状 骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 捻挫 打撲 切り傷・火傷 その他 ()
病院名	〇〇病院			TEL 0123(67)4589

賠償事故の場合	被害者名	(フリガナ) _____	修理費見込 (財物損壊の場合)
	損害の状況 (詳細をご記入ください)	_____	

保険金請求書類送付先	<input type="checkbox"/> 加入申込人と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 受傷者と同じ <input type="checkbox"/> その他(下欄にご記入ください)			
	住所	(フリガナ) _____ (〒 -)		
	宛名	TEL	()	

その他連絡事項	_____		
---------	-------	--	--

<保険会社使用欄>

契約者名	社会福祉法人全国社会福祉協議会	取扱代理店	福祉保険サービス(J9116)
------	-----------------	-------	-----------------

損害保険ジャパン日本興亜株式会社(保険金サービス課) 御中

※都道府県別に送付先が異なります。パンフレットまたは手引きをご覧ください。
 ※加入証または加入依頼書の加入者控および名簿などを合わせてFAXにてご送付ください。

受付社協名	社協コード					社会福祉協議会
連絡先	()				担当者名	
加入プラン	① ボランティア活動保険 (A・B)・(天災A)・(天災B)	② ボランティア行事用保険 (A・B・C)	③ 福祉サービス総合補償 (A・B・C)	④ 送迎サービス補償 (A・B)	⑤ 社協の保険 (プラン名)	⑥ ふれあいサロン・社協行事傷害補償 (A・B)

加入申込人	団体・グループ名 個人加入の場合は氏名	(フリガナ)	担当者名	(フリガナ)
	住所	(〒 -)	連絡先	()
		<input type="radio"/> 受付社協に同じ		<input type="radio"/> 受付社協に同じ

活動(行事)の内容	(ボランティア活動保険・ボランティア行事用保険・福祉サービス総合補償の場合ご記入ください。)			
保険期間	年 月 日から	年 月 日	事故場所 (どこで)	
事故日時(いつ)	年 月 日()	午前 午後	時 分頃	

傷害・感染症事故の場合	受傷者名	氏名	(フリガナ)	性別	男・女		
		住所	(フリガナ) (〒 -)	生年月日	年 月 日		
	受傷内容	事故原因・状況 (どのような)	[詳細を簡潔にご記入ください]			連絡先	()
		部位	頭部・顔面 頸部・腕・手指 肩・腰部・脚 足指 その他()	程度 入院の有無 <input type="checkbox"/> なし(通院のみ) <input type="checkbox"/> あり ↓以下の項目についてもわかる範囲でご記入ください。(見込) 入院期間 / / ~ / / 手術有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →ありの場合手術名()	症状 骨折・捻挫・打撲 切り傷・火傷 その他 ()		
病院名	TEL ()						

賠償事故の場合	被害者名	(フリガナ)	修理費見込 (財物損壊の場合)	
	損害の状況 (詳細をご記入ください)			

保険金請求書類送付先	<input type="radio"/> 加入申込人と同じ <input type="radio"/> 受傷者と同じ <input type="radio"/> その他(下欄にご記入ください)			
	住所	(フリガナ) (〒 -)	TEL	()
	宛名			

その他連絡事項	
---------	--

〈保険会社使用欄〉

契約者名	社会福祉法人全国社会福祉協議会	取扱代理店	福祉保険サービス(J9116)
------	-----------------	-------	-----------------

事故報告書