

宮城県地域福祉総合補償制度
<事故報告書 団体用>

該当する保険に○して下さい。

(I) 福祉事業者賠償責任保険(907 916)	(II) 保育施設賠償責任保険(925)
(III) 医療行為賠償責任保険(934)	(IV) 個人情報漏えい保険(943)
(V) 業務災害補償保険(952 961)	(VI) サービス利用者傷害見舞金保険(977)
(VII) 送迎自動車傷害保険(986)	(VIII) 日帰りサービス利用者傷害保険(004)
【別冊】役員賠償責任保険(013)	

保険会社受付印

1. 受傷者(被害者)と程度

氏名(フリガナ)		生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明
住所	〒			
利用者属性	高齢者	障害者	児童	ほか()
利用サービス	入所	通所	訪問	ほか()

2. 事故発生日時

西暦	年	月	日	時	分	(24時間表記)
----	---	---	---	---	---	----------

3. 事故発生場所

施設名								
居室	リビング ホール	通路・廊下	玄関	食堂	風呂	脱衣所	トイレ	
園(苑)庭	ほか()							

4. 事故の原因(初因)

転倒	転落	誤嚥	誤飲・異食・誤薬	衝突・接触	捻る	体位変換 おむつ交換	パニック・自傷
喧嘩・トラブル	移乗	刺さる・切る	虫さされ	挟む	こぼす・落とす	離苑	紛失
盗難	交通事故	感染	業務過誤	不明	ほか()		

5. 事故の結果・所見

骨折	創傷・切傷	打撲・捻挫	熱傷	炎症	発疹	肺炎	感染症
経済損失	破損・汚損	行方不明	死亡	不明	ほか()		
病院名			初診日	年 月 日	入院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

対物事故の場合は「ほか」に内容をご記入ください。

6. 事故の状況(詳細)

 別紙添付 御社所定の報告書がある場合は添付してください。

7. 加入者 および対応窓口

上記事実に相違ないことを確認します。

加入者名

電話番号

所在地 〒

担当者名

電話番号 上記に同じ請求書送付先 上記に同じ 〒

①事故発生後は、当事故報告書に内容を記入の上、FAXで事故報告をしてください。

②FAX送信する際は、当報告書のほか、お手元の加入申込票(控)を添付してください。