

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。

<input type="checkbox"/> (I) 福祉事業者賠償責任保険(07 16)	<input type="checkbox"/> (II) 保育施設賠償責任保険(25)
<input type="checkbox"/> (III) 医療行為賠償責任保険(34)	<input type="checkbox"/> (IV) 個人情報漏えい保険(43)
<input type="checkbox"/> (V) 業務災害補償保険(52 61)	<input type="checkbox"/> (VI) サービス利用者傷害見舞金保険(77)
<input type="checkbox"/> (VII) 送迎自動車傷害保険(86)	<input type="checkbox"/> (VIII) 日帰りサービス利用者傷害保険(04)
<input type="checkbox"/> 【別冊】役員賠償責任保険(13)	

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	<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 障害者	<input type="checkbox"/> 児童	ほか()	
利用サービス	<input type="checkbox"/> 入所	<input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> リビングホール	<input type="checkbox"/> 通路・廊下	<input type="checkbox"/> 玄関	<input type="checkbox"/> 食堂	<input type="checkbox"/> 風呂	<input type="checkbox"/> 脱衣所	<input type="checkbox"/> トイレ
園(苑)庭	ほか()						

4. 事故の原因(初因)

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

5. 事故の結果・所見

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

上記事実と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 <input type="checkbox"/> 上記に同じ
請求書送付先 <input type="checkbox"/> 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。