

Ⅶ 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

損害保険ジャパン株式会社 (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またはP109記載の都道府県別担当保険サービス課宛にご送付ください。

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 (基本)・(天災・地震補償)		③ 福祉サービス総合補償 (A)・(B)・(C)		
	② ボランティア行事用保険 (A)・(B)・(C)		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).....	担当者名	(フリガナ).....
	住所	(〒 -)	連絡先	() ○ 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。)

活動中・往復途上

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
	事故原因・状況 (どのような)	[詳細を簡潔にご記入ください]			
	受傷内容	部位	程度	入院の有無	症状
	頭部・顔面 頸部・腕・手指 肩・腰部・脚 足指 その他()		<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()	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	○ 加入申込人と同じ ○ 受傷者と同じ ○ 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)
------	-----------------	-------	-----------------

Ⅶ 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またはP109記載の都道府県別担当保険サービス課宛にご送付ください。

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	<input type="checkbox"/> ① ボランティア活動保険 (基本)・(天災・地震補償) <input type="checkbox"/> ③ 福祉サービス総合補償 (A)・(B)・(C) <input checked="" type="checkbox"/> ② ボランティア行事用保険 (A)・(B)・(C) <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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)ソノボ タロウ 損保 太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・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、千代田福社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	症状
	頭部・顔面 頸部・腕・手指 肩・腰部・ <input checked="" type="checkbox"/> 脚 足指 その他()		<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 / / ~ / / 手術有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ありの場合手術名()	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	(災害時WEB申込みシステムで加入された方は「vr」からはじまる申込番号をこの欄に記載してください)
---------	--

〈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