

# 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P108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"/> ⑤ 社協の保険 <input checked="" type="checkbox"/> ② ボランティア行事用保険 (A・B・C) <input type="checkbox"/> (プラン名) <input type="checkbox"/> ③ 福祉サービス総合補償 (A・B・C) <input type="checkbox"/> ⑥ ふれあいサロン・社協行事傷害補償 (A・B) <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 <b>日本ボランティアサークル</b> <input type="checkbox"/> 受付社協に同じ	担当者名	(フリガナ) フクシジロウ <b>福祉 次郎</b> <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。) <b>点字ボランティア</b> <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 <b>10時30分頃</b> <input type="checkbox"/> 午後	

傷害・感染事故の場合	受傷者名	氏名	(フリガナ) ソンボ タロウ <b>損保 太郎</b>	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
	事故原因・状況 (どのような) (詳細を簡潔にご記入ください)	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	症状
	頭部・顔面 頸部・腕・手指 肩・腰部・ <input checked="" type="checkbox"/> 脚 足指 その他( )		入院期間 手術有無	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)
------	-----------------	-------	-----------------

# 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P108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	<input type="checkbox"/> ボランティア活動保険 (基本)・ <input type="checkbox"/> 天災・地震補償 <input type="checkbox"/> ボランティア行事用保険 (A)・(B)・(C) <input type="checkbox"/> 福祉サービス総合補償 (A)・(B)・(C) <input type="checkbox"/> 送迎サービス補償 (A)・(B)		<input type="checkbox"/> 社協の保険 (プラン名) <input type="checkbox"/> 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="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。)						
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	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	部位	程度	入院の有無	<input type="checkbox"/> なし(通院のみ) <input type="checkbox"/> あり	症状	骨折・捻挫・打撲 切り傷・火傷 その他 ( )
				入院期間 手術有無	/ / ~ / / (見込) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ありの場合手術名( )		
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="checkbox"/> 加入申込人と同じ <input 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)
------	-----------------	-------	-----------------

事故報告書