

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(507 516)	(II)保育施設賠償責任保険(525)
(III)医療行為賠償責任保険(534)	(IV)個人情報漏えい保険(543)
(V)業務災害補償保険(552 561)	(VI)サービス利用者傷害見舞金保険(577)
(VII)送迎自動車傷害保険(586)	(VIII)日帰りサービス利用者傷害保険(604)
【別冊】役員賠償責任保険(613)	

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		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。