

# 「まごころワイド」事故報告書(兼)証明書

三井住友海上火災保険株式会社 御中

連絡先  
代理店・扱者(株)エスアールエム  
TEL:075-255-0883  
FAX:075-255-0882

事故日時	20 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前 / <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃
事故発生場所	住所 <span style="float: right;">天気</span>
状況	<input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 訪問先 <input type="checkbox"/> 職務遂行中 <input type="checkbox"/> 給食及び配食中 <input type="checkbox"/> 移送中 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> その他 ( )
警察への届出	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( ) 警察署
事故状況	(できるだけ詳しくご記入ください)

対人賠償の場合は、利用者状況を ご記入ください。また、個別援助計画 書、介護記録等をご提出ください。	介護度 : <span style="float: right;">障害区分 :</span>																								
	認知症 : 有・無 その他 既往症など :																								
<b>被保険者</b>	<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td>フリガナ</td> <td>性別</td> <td><input type="checkbox"/>男性 <input type="checkbox"/>女性</td> <td>年月日</td> <td>年 月 日 ( 才 )</td> </tr> <tr> <td>■傷害事故 の受傷者</td> <td colspan="4"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>■賠償事故 の加害者</td> <td colspan="4"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>〒 -</td> <td>電話</td> <td colspan="3">( )</td> </tr> </table>	氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年月日	年 月 日 ( 才 )	■傷害事故 の受傷者						■賠償事故 の加害者						住所	〒 -	電話	( )		
氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年月日	年 月 日 ( 才 )																				
■傷害事故 の受傷者																									
■賠償事故 の加害者																									
住所	〒 -	電話	( )																						

<b>該当する保険金</b>	負傷部位 及び形態	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> キリキズ <input type="checkbox"/> スリキズ <input type="checkbox"/> 断裂 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(単純) <input type="checkbox"/> 骨折(複雑) <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	治療費	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	治療見込日数	<input type="checkbox"/> 通院	日 / <input type="checkbox"/> 入院	日
	受診 医療機関	名称	電話	( )		
住所	〒 -	電話	( )			

<b>該当する保険金</b>	被害者	氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年月日	年 月 日 ( 才 )
	住所	〒 -	電話	( )			
	負傷 部位 及び 形態	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> キリキズ <input type="checkbox"/> スリキズ <input type="checkbox"/> 断裂 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(単純) <input type="checkbox"/> 骨折(複雑) <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	治療費	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	治療見込日数	<input type="checkbox"/> 通院	日 / <input type="checkbox"/> 入院	日	
受診 医療機関	名称	電話	( )				
住所	〒 -	電話	( )				
対物	被害物	被害程度		被害物の 購入年月	20 年 月		
修理業者	名称	電話	( )				

<b>事故証明者</b> 契約者	20 年 月 日 上記事故は事実に相違ありません。					
	法人名 / 団体名	代表者 氏名	(印)			
	住所 〒 -	電話	( )			

被保険者の 保険加入状況	登録番号	被保険者	<input type="checkbox"/> 契約団体 <input type="checkbox"/> 活動従事者 <input type="checkbox"/> 登録利用者 <input type="checkbox"/> 自由来館者 <input type="checkbox"/> 移送サービス利用者
-----------------	------	------	--

※個人情報保護の取扱いについては、ホームページ (<https://srm-net.co.jp>) をご覧ください。