

「まごころワイド」事故報告書(兼)証明書

連事
絡故
先時

取扱代理店(株)エスアールエム
TEL:075-255-0883
FAX:075-255-0882

三井住友海上火災保険株式会社 御中

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	
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)	

被保険者 ■傷害事故 の受傷者 ■賠償事故 の加害者	氏名	フリガナ ----- 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (才)
	住所	〒 - 電話 ()

※該当する保険金のどちらかにご記入ください	傷害保険金	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	〒 -	
賠償保険金	被害者	氏名	フリガナ ----- 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (才)	
		住所	〒 - 電話 ()	
	対人	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
対物	受診医療機関	名称	電話 ()	
	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 ()	

事故証明者 契約者	20 年 月 日 上記事故は事実には相違ありません。	
	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 (<http://www.srm-net.co.jp/smie/>) をご覧ください。

事故報告書