

熊本市ボランティア活動事故報告書兼事故証明書

熊本市長 様

〔団体名〕 _____
 〒
 〔所在地〕 _____
 役職名 氏名
 〔代表者〕 _____ (印)

ボランティア活動中の当団体会員に下記の事故が発生しましたので、熊本市ボランティア活動保険の適用を受けたく報告します。

事故の種類		いずれか該当する項目に をつけてください 1 損害賠償責任保険(対人・対物) 2 傷害事故	
負傷者 又は 加害者	住所	〒 _____	
	氏名	_____ 年 月 日生(歳) 男・女	
	電話	() - _____	
法定 代理人	住所	〒 _____	
	氏名	_____ 年 月 日生(歳) 男・女	
	電話	() - _____ 続柄	
事故発生日時		_____ 年 月 日(午前・午後) 時 分	
事故発生場所		_____	
事故発生時の 活動内容		_____	
指導者 等	住所	_____	
	氏名	_____	
損害 賠償 責任	対人(身体)賠償		
	被 害 者	住所	_____
		氏名	_____ 年 月 日生(歳) 男・女
		電話	() - _____
	傷病程度 傷病名等	_____	
	入院期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日	治療中 ・ 治療済
	通院期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日	完治見込(月 日)
医療機関	所在地	() - _____	
	名称	_____	

損害賠償責任	対物（財物）賠償		
	破損物	名称	
	所有者	住所	
		氏名	() -
破損程度			
傷害事故	傷病程度 傷病名等		
	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	治療中 ・ 治療済
	通院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	治療見込 (月 日)
	医療機関	所在地	() -
名称			
又は の事故発生状況			状況図
	届出警察 無 ・ 有 ()		

備 考

印の欄は、負傷者が未成年の場合に記入してください。

団体の会則（規約・定款）、事故発生場所の見取図、写真及び活動プログラム（チラシ等）、昨年度の活動報告書及び今年度の事業計画書等を添付してください。

チェック欄（個人情報取り扱いに関する事項）

熊本市及び保険会社が、熊本市ボランティア活動保険の申請に関する個人情報を、摘要の判断、損害賠償額算定の判断、保険金支払・保険引受の判断のために、保険医療機関、保険金請求・支払いに関する関係先、事故に関する関係先等に提供をすること、又は提供を受けること、その他業務上必要とする範囲で取得、利用、提供することに同意します。

以下、保険会社記入欄

証券		課長	未払計上 月 日 円 内訳
入金確認済		担当	
契約確認済			