様式１

**札幌市地域活動保険　事故報告書**

|  |
| --- |
| **報告者** |
| 報告日： 年 月 日 報告  団体名：  氏名（フリガナ）： ( )  負傷者又は賠償者との関係：〈 本人 ・ 団体代表者 ・ その他（ ) 〉  住所：(〒 － ）  日中の連絡先：〈自宅 ・ 携帯電話 ・ 勤務先〉 － － |

地域活動中に事故が発生したので、札幌市地域活動保険実施要綱に基づき報告します。

**※ 裏面も記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事故の種類**（該当に○） | | 損害賠償責任事故　 　　　傷害事故 | | | | |
| **活動者**  **（負傷者又は賠償者）**  ※上記「報告書」と同じであれば記入不要 | | 住所 |  | | | |
|  |  | | | |
| 連絡先 | －　　　－ | | | |
| **所属団体** | 団体名 |  | | | | |
| 団体住所 |  | | | | |
| 活動内容 | ※ 日ごろの活動について確認できる資料も添付してください。 | | | | |
| **事故の詳細など** | 当日の活動内容 | ※ 当日の活動について確認できる資料も添付してください。 | | | | |
| 報酬の有無  （該当に○） | 有　・　無 | | | ※備考 | |
| 発生日時 | 年 月 日（ ） 午前 ･ 午後 時 分 | | | | |
| 発生場所 |  | | | | |
| 発生時の状況  ※ できるだけ詳しく記入してください。 |  | | | | |
| **事故の目撃者又は**  **当日の事故を証明できる方**  ※ 確認のためご連絡させていただく場合があります。 | | 住所 | |  | | |
|  | |  | | |
| 活動者との関係 | | | |  |
| 日中の連絡先 | | | | （自宅　・　携帯電話　・　勤務先）  　　　　－　　　　－ |

「損害賠償責任事故」又は「傷害事故」について記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **損害賠償責任事故** | | | | | | | | | |
|  | 身体事故の被害者  又は  財物事故の所有者 | | 住所 |  | | | | | |
|  |  | | 年齢  (身体事故の場合のみ) | | | 歳 |
| 連絡先 | －　　　－ | | | | | |
| 身体事故 | 身体の障害の  内容 |  | | | | | | |
| 治療見込み  期間 |  | | | | | | |
| 治療病院名 |  | | 電話 | | | －　　　－ | |
| 財物事故 | 損壊物名称 |  | | 損壊の程度 | |  | | |
| 修理業者 | 電話：　　　－　　　－ | | 損害見込額 | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **傷害事故** | | |
|  | 傷病名 |  |
| 傷病程度 | 入院（　　　年　　月　　日 ～ 退院見込　　　年　　月　　日頃　）  外科手術（　　　有　　・　　無　　）  通院（　　　年　　月　　日 ～ 治癒見込　　　年　　月　　日頃　）  ※ 治療が終了されている場合：通院合計日数（計　　　日　）  ※ 治療継続中の場合：現在の通院頻度（　月　／　週　　　日位　） |
| 医療機関名 | 電話：　　　－　　　－ |
| 電話：　　　－　　　－ |

**◆チェック欄（個人情報の取扱いに関する事項）**

ご確認の上、□にチェックをしてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 札幌市及び保険会社が、札幌市地域活動保険の申請に関する個人情報を、適用の判断、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、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。 |

※　事故発生日を含め30日以内に提出してください。

※　損害賠償事故において当事者間で示談を行う場合は、必ず事前に市へ相談してください。