

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。

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				
	氏名				
	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				
	氏名				
	活動者との関係				
	日中の連絡先	（自宅 ・ 携帯電話 ・ 勤務先） - -			

※ 裏面も記入してください。

「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			
	氏名		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		損害見込額	
	電話：	- -		

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。

<input type="checkbox"/>	<p>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。</p>
--------------------------	--

※ 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。