

公民館総合補償制度 「見舞金制度」事故報告書
〔「行事傷害補償／弔慰金・見舞金」および「職員災害補償／弔慰金・見舞金」用〕

【個人情報の取扱いに関する事項】 申込人（加入者）と見舞金等支払対象者（下記事故情報に記載の補償対象者またはその親権者、相続人をいいます。）は、本件事故について、見舞金等支払対象者の個人情報の取扱いについて当事者間で以下の事項に合意していることを通知します。

1. 全公連およびエコー総合補償サービスが、見舞金等の支払事務、支払いの判断のために、見舞金等支払対象者の個人情報を取得、利用すること。
2. 全公連およびエコー総合補償サービスが上記1の利用目的のために、本件事故の関係先等に情報の提供を行いまはこれらの者から提供を受けることがあること。

通知日	年 月 日	通知者	担当者名： *連絡のとれるTEL(携帯など) TEL: ()-()-() ()-()-()	
公民館名	加入番号		*加入証書をご覧ください。	
加入種類	*いずれかに○ 行事傷害： (S)(M)(L)(O) 職員災害： (A)(B)(C)(D)(E)		加入期間	年 月 日～2020年5月1日まで

行事 傷害 補償	申請項目に○	事故発生時の状況		死亡日・入院期間・氏名(補償対象者)		
	1 急性疾病 死亡弔慰金	*いずれかの番号に○ 1. 主催行事参加中 2. 他団体との共催行事参加中 3. 他団体等の行事に派遣した方の行事参加中 4. 事前練習、事前準備、後片づけ中 5. ボランティア活動中 6. 公民館サークル活動参加中 7. 公民館利用中(来館者)		■死亡日： 年 月 日 ■死亡者名：〔 〕 男・女 ■生年月日：西暦 年 月 日(歳)		
	2 急性疾病 入院見舞金			■入院期間： 年 月 日～ 年 月 日 ■入院者名：〔 〕 男・女 ■生年月日：西暦 年 月 日(歳)		
	病名、行事場所(疾病発症場所)、病院名、発症後の状況					
	■病 名：		■発症後の状況 *いずれかの番号に○ 1. 発症場所から病院又は診療所へ搬送され入院 2. 発症場所にて死亡 3. 発症場所から病院へ搬送されたのちに死亡 (入院：有・無)			
	■行事場所(疾病発症場所)：					
■病院名：						
3 特定災害 見舞金		被災したもの	発生日時	災害種類 *該当する災害の番号に○		
		*いずれかの番号に○ 1. 公民館建物本体 2. 付属建物 3. 屋外設備・構築物 4. 収容動産 ※2～4は、下記に具体的に記入 〔 〕	年 月 日 午前・午後 時 分頃	1. 火災		5. 盗難
				2. 落雷		6. 水災
				3. 破裂・爆発		7. 風災
				4. 建物外部からの物体の落下・飛来・衝突など		8. 雹災
						9. 雪災
			※複合災害の場合は、該当の災害すべてに○			

職員 災害 補償	申請項目に○	原因、傷病名、病院名		死亡日・入院期間・氏名(補償対象者)		
	4 死亡弔慰金	■原因	*いずれかの番号に○ 1. 疾病 2. 業務外のケガ〔事故日： 年 月 日〕 3. 業務中に被った地震・噴火・津波によるケガ		■死亡日： 年 月 日 ■死亡者名：〔 〕 男・女 ■生年月日：西暦 年 月 日(歳)	
	5 入院見舞金	■傷病名			■入院期間： 年 月 日～ 年 月 日 ■入院者名：〔 〕 男・女 ■生年月日：西暦 年 月 日(歳)	
		■病院名				

事故状況	■行事傷害補償の急性疾病を発症された状況、特定災害の発生の状況 ■職員災害補償の傷害発生の原因や状況、疾病の場合の症状や治療経過等	
------	--	--

事故確認	上記申請項目1～5(○印で表示したもの)の内容を確認の上、事故報告します。 ■確認日： 年 月 日 ■公民館名： ■館長名： 印	
------	--	--

■見舞金制度請求書送付先 ※弔慰金・見舞金請求書の送付先(公民館)をご記入ください。 住所：(〒 -)	
送付先名：	