

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)

手引き30ページ参照

【個人情報の取扱いに関する事項】申込人(加入者)と見舞金を受け取る者(下記事故情報に記載の補償対象者またはその親権者、遺族等をいいます。)は、本件事故について、見舞金を受け取る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. 全公連およびエコ総合補償サービスが、見舞金の支払い事務、支払いの判断のために、見舞金を受け取る者の個人情報を取得、利用すること。
2. 全公連およびエコ総合補償サービスが上記1の利用目的のために、本件事故の関係者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	通知担当者	*連絡のとれるTEL(携帯など) ()-()-()		
公民館名		加入番号	*加入証書をご覧ください。	公民館番号	
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～2021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 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 疾病入院 見舞金	行事名またはサークル活動名を記入		■入院期間：(見込み・確定 *いずれかに○) *入院開始日を必ず記入してください。 年 月 日～ 年 月 日 ■入院者名：〔 〕男・女 ■生年月日：西暦 年 月 日(歳)

行事傷害補償	行事場所(疾病発症場所)、病院名、発症後の状況		
	■病名、特定傷害名： ■行事場所： (疾病発症場所) ■病院名：	■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)	
	3 特定災害 見舞金	被災したもの *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 4. 収容動産 *2～4は、下記に具体的に記入	発生日時 年 月 日 午前・午後 時 分頃

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	*いずれかの番号に○ ■原因 1. 疾病 2. 特定傷害 3. 業務外のケガ 4. 業務中に被った地震・噴火・津波によるケガ *2～4の事故日 年 月 日	■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 ■病院名		■入院期間：(見込み・確定 *いずれかに○) *入院開始日を必ず記入してください。 年 月 日～ 年 月 日 ■入院者名：〔 〕男・女 ■生年月日：西暦 年 月 日(歳)

3	被災したもの *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 4. 収容動産 *2～4は、下記に具体的に記入	発生日時 年 月 日 午前・午後 時 分頃	災害種類 *該当する災害の番号に○ 1. 火災 2. 落雷 3. 破裂・爆発 4. 建物外部からの物体の落下・飛来・衝突など 5. 盗難 6. 水災 7. 風災 8. 雹災 9. 雪災 *複合災害の場合は、該当の災害すべてに○
---	--	-----------------------------	---

事故状況	*傷病発生時の状況、症状、治療経過また特定災害の発生状況、事故状況などをご記入ください。		
------	--	--	--

事故確認	上記申請項目1～5(○印で表示したもの)の内容を確認のうえ、事故報告します。 *公民館責任書または行事の責任者の印を押してください。		
	■確認日： 年 月 日	■公民館名：	印
	■公民館住所：	■館長名：	

見舞金制度請求書送付先住所	*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：			

※本紙をエコ総合補償サービス(株)へ、FAXまたは郵送してください。

FAX: 0120-226-916(通話料無料) 住所: 〒101-0047 東京都千代田区内神田2-6-9