

公民館総合補償制度 「見舞金制度」事故報告書

手引き30ページ参照

公益社団法人全国公民館連合会 御中

【事故確認、個人情報の取扱いに関する事項の確認】

本事故報告書の内容を確認のうえ、事故報告します。

また、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《個人情報の取扱いに関する事項》に合意していることを通知します。

《個人情報の取扱いに関する事項》

- 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。
- 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、本件事故の関係先等に情報の提供を行いました。またはこれらの者から提供を受けることがあること。

\*公民館責任者または行事の責任者の印を押してください。

確認日 : 20 年 月 日

公民館名: \_\_\_\_\_

館長名 : \_\_\_\_\_



| 加入内容 | 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<br>*いずれかに○<br>行事傷害 : <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> O 職員災害 : <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E |      | 加入期間          | 20 年 月 日 |

| 行事傷害補償           | 該当番号に○  | 事故発生時の状況(該当番号に○)   | 行事名、行事場所(疾病発症場所)、病名、発症後の状況   |  |          |
|------------------|---|--|--|--|----------|
|                  | 1<br>疾病死亡<br>弔慰金  | 1. 主催行事参加中<br>2. 他団体との共催行事参加中<br>3. 他団体等の行事に派遣した方の行事参加中<br>4. 事前練習、事前準備、後片付け中  | 行事名または<br>サークル名  | 行事場所<br>(疾病発症場所)   | 病名、特定傷害名 |
|                  | 2<br>疾病入院<br>見舞金  | 5. ボランティア活動中<br>6. 公民館サークル活動参加中<br>7. 公民館利用中(来館者)                              | 発症後の状況<br>(該当番号に○)<br>1. 発症場所から病院、診療所へ搬送され入院<br>2. 発症場所にて死亡<br>3. 発症場所から病院へ搬送されたのちに死亡<br>(入院: 有・無) |  |          |
| 3<br>特定災害<br>見舞金 | 災害種類(該当番号に○)  |  | 発生日、被災したもの   |  |          |
|                  | 1. 火災<br>2. 落雷<br>3. 破裂・爆発<br>4. 建物外部からの物体の落下、飛来、衝突など<br>5. 盗難<br>6. 水災 | 7. 風災<br>8. 雹災<br>9. 雪災<br>10. 新型コロナウイルス感染症のクラスター発生<br>*1~9の複合災害の場合は該当の災害すべてに○ | 発生日  | 20 年 月 日<br>(午前・午後 時 分頃)                                       |          |
|                  |   | 1~9の災害で被災したもの(該当番号に○)  |  | 1. 公民館建物本体<br>2. 付属建物<br>3. 屋外設備<br>4. 収容動産<br>*2~4は、下記に具体的に記入 |          |

| 職員災害補償 | 該当番号に○     |            | 原因、傷病名         |  |
|--------|------------|------------|----------------|--|
|        | 4<br>死亡弔慰金 | 5<br>入院見舞金 | 原因<br>(該当番号に○) | 1. 疾病<br>2. 特定傷害<br>3. 業務外のケガ<br>4. 業務中に被った地震、噴火、津波によるケガ<br>*2~4の事故日<br>20 年 月 日 |
|        |            | 傷病名        |                |  |

| 事故状況 | 補償対象者(入院者名または死亡者名)                         |          |     | 入院期間/死亡日 |                                   |
|------|--|----------|-----|----------|-----------------------------------|
|      | 氏名   | フリガナ     | 性別  | 入院期間     | (見込み・確定 *いずれかに○) 入院開始日を必ずご記入ください。 |
|      | 生年月日                                       | 西暦 年 月 日 | 男・女 | 20 年 月 日 | ~ 20 年 月 日                        |
|      | 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等、事故状況をご記入ください。 |          |     |          |                                   |

| 連絡書類送付先 | 報告日     | 20 年 月 日                             | 報告担当者名 | TEL *日中に連絡のとれるTEL(携帯など)<br>( )-( )-( ) |
|---------|---------|--------------------------------------|--------|--|
|         | 書類送付先住所 | *見舞金請求書送付先(公民館)をご記入ください。<br>〒( )-( ) |        |  |
|         | 送付先名称   |                                      |        |  |

※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