

※事故発生後、この通報書の内容について、担当窓口までお知らせください（電話・FAX可）。

年 月 日

八戸圏域住民活動保険 市民活動事故発生通報書

通 報 者 氏 名 _____

連絡先（電話等） _____

※傷害事故負傷者または賠償者との関係
（本人・団体代表者・その他（ ））

事 故 区 分		<input type="checkbox"/> 傷害事故		<input type="checkbox"/> 賠償責任事故		
事故内容	活動団体	団体名				
		代表者名	役職	氏名		
		連絡先				
	活動内容	(活動の性格) <input type="checkbox"/> 委嘱、請負等 <input type="checkbox"/> 自発的な活動				
		(報酬等の有無) <input type="checkbox"/> 有 (円) <input type="checkbox"/> 無				
	事故発生日時	年 月 日 ()		午前・午後 時		
	事故発生場所					
事故の状況						
傷害事故	負傷者	氏 名				
		連絡先				
	傷害内容	傷病名				
医療機関	名 称	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院				
賠償責任事故	賠償者 (当方)	氏 名				
		連絡先				
	身体賠償	相手方	氏 名			
			連絡先			
		傷害内容				
	医療機関	名 称	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院			
	財物・ 保管物賠償	所有者	氏 名			
連絡先						
物件名称						
損壊程度				損害見込額		円
市町村記載	受付年月日	年 月 日 ()		時		
	受付窓口 (課・室)	電話・FAX 担当				