

事 故 区 分			<input type="checkbox"/> 傷害事故 <input type="checkbox"/> 賠償責任事故		
<div>事故内容</div>	活動団体	名 称			
		(ふりがな) 代 表 者 名	⑩		
		住 所	〒 連絡先 (       ) - (       ) - (       )		
	事故発生日時	年       月       日 (       )       午前 ・ 午後       時       分頃			
	事故発生場所				
	活 動 名		活動内容		
	(活動の性格) (報酬等の有無)	<input type="checkbox"/> 委嘱、請負等 <input type="checkbox"/> 自発的な活動 <input type="checkbox"/> 有 (                      円) <input type="checkbox"/> 無			
	事故 目 撃 者	(ふりがな) 氏 名	⑩		
		住 所	〒 連絡先 (       ) - (       ) - (       )		
	事故状況 (できるだけ詳しく記載してください。別紙の添付可)	(事故現場の見取図)			

傷 害 事 故	負 傷 者		(ふりがな) 氏 名	㊟ (年齢 歳)				
			住 所	〒 日中連絡先 ( ) - ( ) - ( ) 【 自宅 / 勤務先 / 携帯 】				
			法 定 人 代 理 人	(ふりがな) 氏 名		負傷者 との関係	〔父・母・その他 ( )〕	
				住 所	〒 日中連絡先 ( ) - ( ) - ( ) 【 自宅 / 勤務先 / 携帯 】			
	傷 害 内 容		傷 病 名	[ 骨折 / 脱臼 / 打撲 / 捻挫 切傷 / その他( ) ]				
			傷 害 の 部 位	1 頭部 2 顔面 3 頸部 4 胸部 5 腹部 6 腰部 7 上肢( ) 8 下肢( )	手術の 有・無	ギプス装着の 有・無		
	医 療 機 関		名 称		担当医師			
住 所			〒 連絡先 ( ) - ( ) - ( )					
治 療 見 込		<input type="checkbox"/> 入 院 <input type="checkbox"/> 通 院	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間) 年 月 日 ~ 年 月 日 (うち 日間)					
賠 償 責 任 事 故	賠 償 者 (当 方)		(ふりがな) 氏 名	㊟ (年齢 歳)				
			住 所	〒 日中連絡先 ( ) - ( ) - ( ) 【 自宅 / 勤務先 / 携帯 】				
	身体賠償	相手方	(ふりがな) 氏 名	(年齢 歳)				
			住 所	〒 日中連絡先 ( ) - ( ) - ( ) 【 自宅 / 勤務先 / 携帯 】				
		傷害内容	傷 病 名		部 位			
			症状・程度		(手術の有無)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		医療機関	名 称		担当医師			
			住 所	〒 連絡先 ( ) - ( ) - ( )				
	休 業 期 間		年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) ( 日間)					
	財物・保管物賠償	所有者	(ふりがな) 氏 名	(年齢 歳)				
			住 所	〒 日中連絡先 ( ) - ( ) - ( ) 【 自宅 / 勤務先 / 携帯 】				
		物 件 名 称						
		損 壊 程 度			損 害 (見込)額	円 ( <input type="checkbox"/> 見込み <input type="checkbox"/> 確定)		
修理業者		名 称		担 当 者				
		住 所	〒 連絡先 ( ) - ( ) - ( )					
他の損害保険の有無			無 ・ 有 (有の場合は他の損害保険証券の写しを貼付)					

<b>添 付 資 料</b>	<p>● 市民活動団体による市民活動中の事故であることを証明するため次の資料を添付します。(添付するものに○)</p> <p>ア 団体規約・定款等</p> <p>イ 当該年度の事業計画書</p> <p>ウ 前年度の事業報告書</p> <p>エ 団体員名簿</p> <p>オ 当該活動（行事）の計画書</p> <p>カ 当該活動（行事）の参加者名簿</p> <p>キ その他※具体的に資料名を記載 ( )</p>
第一次審査 結果通知書 の送付先	<p>送付先に○をしてください。</p> <p>・ 負傷者・賠償者本人      ・ 法定代理人</p> <p>・ 市民活動団体代表者      ・ 事故報告者</p>
保険金請求書 等の送付先	<p>送付先に○をしてください。</p> <p>・ 負傷者・賠償者本人      ・ 法定代理人</p> <p>・ 市民活動団体代表者      ・ 被害者（賠償事故の場合）</p>
<p>● 活動場所までの往復途上の事故の場合は、活動場所までの経路図及び経過を記載</p> <p>● 対物賠償事故の場合は現場写真を2～3枚貼付</p> <p>● 賠償事故の場合で、他の損害保険に加入している場合は保険証券の写しを貼付 (記載しきれない場合は別紙を添付してください。)</p>	

八 戸 市 記 載 欄		
窓口受付日	年      月      日	証券番号
担 当 部 署	担当者	
八戸圏域住民活動保険担当：八戸市総合政策部市民連携推進課		ニューインディア保険 広島支店 TEL：082-243-7821
受理日	年      月      日      担当者	

年      月      日

ニューインディア保険会社 広島支店 様

八戸市長

印

上記の事故については、当該事故報告書等により、市民活動中であることを確認したので、その旨お知らせいたします。