

ケア・ワーカー賠償責任補償事故報告書（人身・物損）

提出先:株式会社全福サービス(加入申込先が介護労働安定センターの場合)
 リック保険 サービス(加入申込先が日本看護家政紹介事業協会の場合)

報告日 年 月 日

分かる範囲でできるだけ具体的にご記入下さい。
 なお、保険加入時紹介所欄は現在登録紹介所と同じ場合記入不要です。

	コード番号	
会員氏名（甲）		年齢 男・女
住 所	〒	TEL
保険加入時紹介所		代表者
現在登録紹介所		代表者(担当)
住 所	〒	TEL
被害者氏名（乙）		年齢 男・女
住 所	〒	TEL
事 故 日 時	年 月 日（午前・午後 時 分頃）	
事 故 場 所		
発生状況（できるだけ具体的に詳しく）		
<u>どのような場所</u> で		
<u>だれが</u> （だれと）		
<u>どのような作業</u> をしているときに		
<u>なにが</u>		
<u>どうなったか</u>		
どうすれば防げたか		
何に注意すべきだったか		
損害物について	受傷者について	
購 入 日： 年 月 日	既往症・認知症の有無	
購 入 金 額：	医者や家族から特に注意されていた点	
購 入 先：		
修理可能か： 可・否（修理見積り 円）	入・通院見込み：	
交渉状況（乙からの要求の有無 内容）	備考	

（個人情報の利用目的）本状記載の個人情報については、保険金支払手続きのために利用させていただきます。