

FAX送信先:(株)全福サービス(03-3258-8878)

ケア・ワーカー等福祉共済制度
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)							
どのような <u>場所</u> で							
<u>だれ</u> が (だれと)							
どのような <u>作業</u> をしているときに							
<u>なに</u> が							
<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。