

(株)全福サービス 殿

シルバー人材センター事故報告・認定書

報告者 (被保険者又はその相続人)

住 所

氏 名

㊟

下記のとおり事故報告いたします。(報告者は太線枠内のみ記入して下さい。)

①	被保険者の 氏 名 住 所 生年月日 入会年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳) 昭和・平成 年 月 日
② 注	センターより提供された仕事の 内容と指定された場所 仕事の提供を受けた期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
③	事故の原因および状況	(事故日時) 平成 年 月 日 午前・午後 時 分ころ (事故場所) (事故発生状況)
	入・通院状況	入院 日・通院 日の治療見込み・退院
④	傷害の部位および状態	
⑤	診断を受けた病院等の 名称・所在地等	(名 称) (所在地) 番 ()
(注) ②は講習会、総会にかかる事故の場合、会の名称等、講習会会場または総会会場等 および開催日を記入して下さい。		

上記の傷害は、下記の間を生じた事故であることを認定いたします。

なお、保険金請求書の送付は **1 報告者・2 当センター** に願います。

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1 | センターの提供した仕事に従事中。 |
| 2 | センターの指定する場所と被保険者の住居との間の通常の経路の往復中。 |
| 3 | 講習会、総会等に出席中。 |
| 4 | 講習会会場、総会会場等と被保険者の住居との間の通常の経路の往復中。 |
| 5 | センターの主催するボランティア活動に参加中。 |

・ (該当番号に○印をつけて下さい。)

平成 年 月 日 所 在 地

センター名称

代表者氏名

㊟

※ 証券番号

※印の箇所は記入しないで下さい。