

FAX送信先:株式会社全福サービス(03-3258-8878)

報告日

※加入申込先が介護労働安定センターの場合は上記へFAXしてください。

※加入申込先が日本看護家政紹介事業協会の場合はリック保険サービスへご提出ください。

(公財)介護労働安定センター 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)**

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は記入不要です。

証 券 番 号		コード番号	A		
会 員 氏 名		年 齢		男	女
住 所		電話番号			
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		電話番号			
被 害 者 氏 名		年 齢		男	女
住 所		電話番号			
事 故 日 時		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)	どのような場所で				
	だれが(だれと)				
	どのような作業をしているときに				
	なにが				
	どうなったか				
	どうすれば防げたか				
	何に注意するべきだったか				
交渉状況	被害者からの要求の有無	内容			
損害物について			受傷者について		
損 害 物			既往症		
購 入 日			認知症の有無	有	無
購入金額	円		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 円)	入・通院見込	通院	入院 ~
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。