

## シルバー人材センター傷害保険事故報告書・認定書

報告者(被保険者またはその相続人)  
住 所

氏 名

印

下記のとおり事故の報告をいたします。(報告者は太枠内のみ記入して下さい。)

①	氏 名	
	住 所	
被保険者の	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 生( 歳)
	入 会 年 月 日	昭和・平成・令和 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	年 月 日 ~ 年 月 日
(注) 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ご記入ください。		
③	事故の原因および状況	(事故日時) 年 月 日 午前・午後 時 分頃 (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)  電話: ( )
⑥	保険会社名	
	証券番号	

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。

- |   |
|---|
| <p>1 センターの提供した仕事に従事中。<br/>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。<br/>3 講習会、総会等に出席中。<br/>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。<br/>5 センターの主催するボランティア活動に参加中。</p> |
|---|

該当の番号に○印をつけてください。

年 月 日 所 在 地

センター名称

代表者氏名

印