

**シルバー人材センター事故報告書・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	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・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
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: ( )
		(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ください。

上記の傷害は、下記の間にし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。

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

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