

# 全国町村会総合賠償補償保険事故報告書

損害保険ジャパン(株)

御中

次のとおり通知いたします。  
 また、私は本件事故について、損害を受けた被害者・財物の所有者(以下「相手方」といいます。)の個人情報の取扱いについて当事者間で以下の事項に合意していることを通知いたします。

1. 貴社が、保険金の支払い、支払いの判断のために、相手方の個人情報を取得、利用すること。
2. 貴社が、上記1.の利用目的のために、業務委託先、修理業者、医療機関、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
3. 全国町村会および都道府県町村会が、本保険制度の適切な運営を目的として、相手方の個人情報を取得し、また、引受保険会社(幹事)である株式会社損害保険ジャパンに提供すること。

\_\_\_\_\_ 県  
 \_\_\_\_\_ 氏名  
 \_\_\_\_\_ 町長 \_\_\_\_\_ (押印省略可)

年 月 日

加入証番号	保険料分担金領収日 (加入証に押印してある領収日)	年 月 日	契約類型 (ﾌﾟﾗﾝｸ)
事故発生日時	年 月 日 <input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後	時 分	予防接種事故の場合は、賠償問題になる可能性を
事故発生場所			
事故発生施設 の 名 称	町村等 <input type="radio"/> 所有 <input type="radio"/> 組合 <input type="radio"/> が <input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 管理する施設		
活動または 業務の種類	(具体的に記入してください)		
加害者氏名	(直接加害行為をした第三者がいる場合に記入してください)	届 出 警察署名	(被害者が未成年の場合のみ記入)
身 体 事 故	被害者	氏名 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 ( 才) 保護者氏名	(被害者が未成年の場合のみ記入)
		住所	TEL. ( )
	身体障害 (精神的損害)	程度 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 後遺障害 ( 見込) <input type="radio"/> 入院 ( 日見込) <input type="radio"/> 通院 ( 日見込)	
		部位	
	症状	<input type="radio"/> 骨折 <input type="radio"/> 切断 <input type="radio"/> 創傷 <input type="radio"/> 打撲 <input type="radio"/> 火傷 <input type="radio"/> その他 ( )	
	治療病院名	TEL:	
財 物 事 故	所 有 者	(氏名) (住所)	
	損 壊 財 物 の 名 称	損壊の 程 度	
	修理業者名	(注1) 担当者名 TEL:	損 害 見込額
公 金 事 故	盗 難 等 の 場 合	届出警察署 (派出所)	届出番号 ( )
		届出年月日 年 月 日	受理番号 ( )
	火 災 等 の 場 合	届出消防署名	
	損害見込額		

(注1) 修理の着手を急ぐ場合は、事故報告書作成前に直接損保ジャパンにご連絡ください。

事 故 の 発 生 状 況	(学校事故の場合 <input type="radio"/> 授業中 <input type="radio"/> 課外活動中 <input type="radio"/> 休憩時間中 <input type="radio"/> その他 ) (道路事故の場合 <input type="radio"/> 完全舗装 <input type="radio"/> 簡易舗装 <input type="radio"/> 舗装なし ) (予防接種事故の場合 <input type="radio"/> 法定予防接種 <input type="radio"/> 行政措置予防接種 接種名 _____ )		
	(事故発生状況図)		
事故の原因			
被害者の意志表示			
町村等の対応			
その他特記事項	(請求者が一部事務組合等である場合はその構成をご記入ください。例：A町、B村、C市・・・)		
事故担当 連絡先	所在地	〒	
	担当部署		TEL
	担当者名		メールアドレス