

第 1 号様式（第 9 条関係）

（表）

中井町住民活動保険制度事故報告書

年 月 日

（提出先） 中井町長

所在地

名 称

報告者

代表者の氏名

電話番号

住民活動保険の適用を受けたいので、次のとおり報告します。

事故の種別	☐ 賠償責任事故				☐ 傷害事故			
事故発生日時	年 月 日				時 分			
事故発生場所								
事故発生場所に いた指導者等	氏 名				生年月日	年 月 日		
	住 所				電話番号			
当日の活動内容								
負傷者（死亡者） 又は被害者	フリガナ				生年月日	年 月 日		
	氏 名							
	住 所				電話番号			
	保護者氏名 (未成年の場合)					続 柄		
遺族の代表者	氏 名				続 柄			
	住 所				電話番号			

(裏)

傷害の状況	傷病名		傷害の部位	
	病 状			
	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで (延べ 日間) ☐ 確定 ☐ 見込		
	通院期間	年 月 日から 年 月 日まで (延べ 日間) ☐ 確定 ☐ 見込		
医療機関	名 称			
	所在地		電話番号	
財物の損害状況	財物名		損害額	
事故発生時の状況				
事故発生場所の見取図				