※事故発生後、この通報書の内容について、担当窓口までお知らせください（電話・ＦＡＸ可）。

----------------------------------------------------------------------------------

　　　　年　　月　　日

八戸圏域住民活動保険 市民活動事故発生通報書

|  |  |
| --- | --- |
| 通報者氏名 |  |
| 連絡先（電話等） |  |
| ※傷害事故負傷者または賠償者との関係  　　（ 本人 ・ 団体代表者 ・ その他（　　　　　　　　）） | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事　故　区　分** | | | | □**傷害事故**□**賠償責任事故** | | | |
| **事　　　故　　　内　　　容** | 活 動 団 体 | | 団体名 |  | | | |
| 代表者名 | 役職　　　　　　　　　氏名 | | | |
| 連絡先 |  | | | |
| 活動内容 | |  | | | | |
| （活動の性格）　□　委嘱、請負等　　　　　　　□　自発的な活動  （報酬等の有無）　□　有（　　　　　　　円）　　□　無 | | | | |
| 事故発生日時 | | 年　　　月　　　日　（　　）　　　午前 ・ 午後　 　　　時 | | | | |
| 事故発生場所 | |  | | | | |
| 事故の状況 | |  | | | | |
| **傷害事故** | 負傷者 | | 氏名 | |  | | |
| 連絡先 | |  | | |
| 傷害内容 | | 傷病名 | |  | | |
| 医療機関 | | 名　　称 | |  | | |
| □入院　　　　□通院 | | |
| **賠償責任事故** | 賠償者  （当方） | | 氏名 |  | | | |
| 連絡先 |  | | | |
| 身体賠償 | 相手方 | 氏名 |  | | | |
| 連絡先 |  | | | |
| 傷害内容 |  | | | |
| 医療機関 | 名称 | □入院　　　　□通院 | | | |
| 財物・保管物賠償 | 所有者 | 氏名 |  | | | |
| 連絡先 |  | | | |
| 物件名称 |  | | | |
| 損壊程度 |  | | 損害見込額 | 円 |
| **市町村記載** | 受付年月日 | | | 年　　　　月　　　　日（　　）　　　　　時 | | | |
| 受付窓口（課・室） | | | 電話・ＦＡＸ　　　担当 | | | |