**横浜市市民活動保険事故報告書**

第１号様式（第11条）

　　　 年 月 日

： 　　 　　 生年月日:　 　年　　月　　日

　住所：〒 職業：

　日中の連絡先：（自宅 ・ 携帯電話 ・ 勤務先）

ボランティア活動中に事故が発生したので、横浜市市民活動保険実施要綱第11条の規定にもとづき報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事故の種類（該当に○） | 損害賠償責任事故　 　　　傷害事故 |
| 所属団体 | 団体名 |  |
| 団体住所 |  |
| 活動内容 | ※ 日頃の活動について確認できる資料を添付してください。 |
| 事故の詳細 | 当日の活動内容 |  ※ 当日の活動について確認できる資料を添付してください。 |
| 発生日時 | 　　 年 月 日（　 ） 午前 ･ 午後 時 分 |
| 発生場所 |   |
| 発生時の状況※ できるだけ詳しくご記入ください。 |  |
| 事故の目撃者又は当日の事故を証明できる方※ 確認のためご連絡をさせていただく場合があります。 | 住所 |  |
|  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 活動者との関係 |  |
| 日中の連絡先 | （自宅　・　携帯電話　・　勤務先）※ 裏面もご記入ください。 |
| **損害賠償責任事故** |
|  | 身体事故の被害者又は財物事故の所有者 | 住所 |   |
|  |  | 年齢(身体事故の場合のみ) | 歳 |
| 電話番号 |   |
| 身体事故 | 身体の障害の内容 |  |
| 治療見込み期間 |  |
| 治療病院名 |  | 電話番号 |  |
| 財物事故 | 損壊物名称 |  | 損壊の程度 |  |
| 修理業者 | 電話番号：　　　　　　　 | 損害見込額 |  |
| **傷害事故** |
|  | 傷病名 |  |
| 傷病程度 | 入　　院（　　　年　　　月　　　日 ～ 退院見込　　　年　　　月　　　日頃　　）外科手術（　　　有　　・　　無　　）通　　院（　　　年　　　月　　　日 ～ 治癒見込　　　年　　　月　　　日頃　　）　　※ 治療が終了されている場合：通院合計日数（計　　　　　　　日　）　　※ 治療継続中の場合：現在の通院頻度（　月　／　週　　　　日位　） |
| 医療機関名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 電話番号： |
| 電話番号： |

**◆チェック欄（個人情報の取扱いに関する事項）◆**

□ 横浜市及び保険会社が、横浜市市民活動保険の申請に関する個人情報を、適用の判断、損害賠償額算定の判断、保険金支払・保険引受の判断のために、医療機関、保険金請求・支払いに関する関係先、事故に関する関係先等に提供をすること、又は提供を受けること、その他業務上必要とする範囲で取得、利用、提供することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受　付　欄 | 受付方法 | □ 活動者持参　　　□ 郵送□ 代理人（氏名、連絡先等:　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　）□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 　） |
| 受付日 | 　　 年 月 日 ( ) | 整理番号等 |  |
| 受付区局 |  区・局 総務課 | 担当者 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市民局 | 受付日 | 　　 年 月 日 ( ) | 整理番号 | 　　　　－No. |