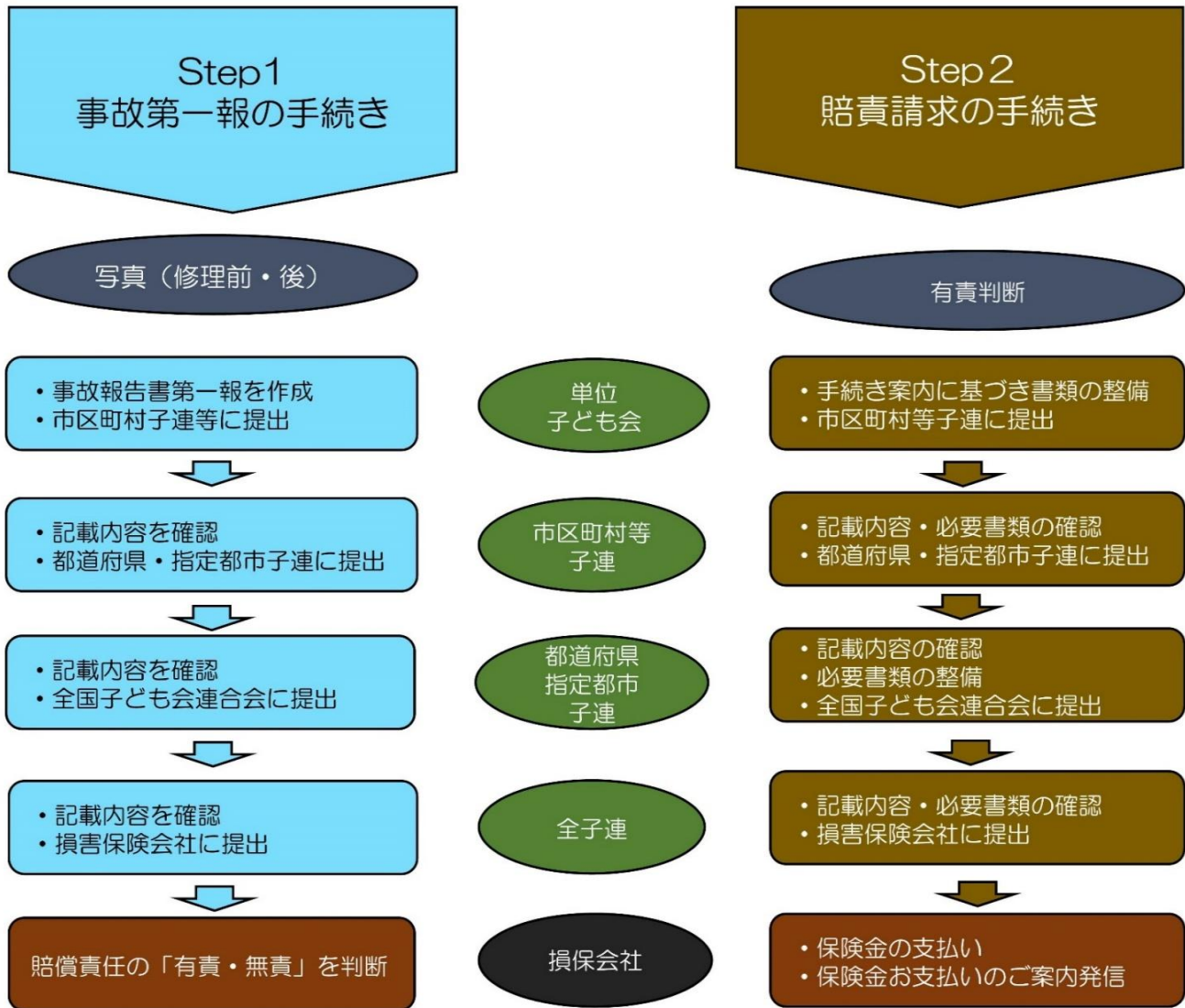


賠償責任保険 請求の流れ

事故が起こったら ～第一報から賠償責任保険金請求の流れ～



必要書類(全子連HPに掲載されています)

様式番号	様式名
賠償-1	子ども会賠償責任保険事故報告《第一報》
賠償-2	賠償責任保険 保険金請求書
賠償-3	委任状
賠償-4	お客様の情報に関するお取扱い 兼 同意書
賠償-5	賠償責任事故解決通知書
賠償-6	損害賠償に関する承諾書(免責証書)
賠償-7	全国子ども会賠償責任保険に係る証明書類について
賠償-8	写真・修理明細(見積書)・請求書・領収書貼付用紙

子ども会賠償責任保険事故報告《第一報》

【BO1】

報告日：令和 8 年 月 日

对人・对物
(いずれか〇)

主催者 (事故の責任が求められる子ども会)	団体名	
	代表者名	
	住所	
	担当者	
	連絡先 (共催者があれば共催者名)	

次のとおり事故報告します。

事故日時	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃
事故場所	

<事故を起こされた方>

加害者 (甲)	所属子ども会名	主催子ども会と同じ		共催子ども会と同じ	
	住所				
	氏名	男・女		才(他名)	TEL
	他の賠償責任 保険加入有無	有/無	保険名称 会社名	個人賠償(たんぽぽを含む)その他()	

<ケガをされた方・損害を被った方(被害者)(学校等の場合は学校名及び校長名)>

被害者 (乙)	住所			
	氏名	男・女	才	TEL

<事故の状況>

事故発生状況	事故の発生原因・状況・結果など右欄に詳しく記入して下さい。 ①甲と乙は、事故のとき、何をしていましたか。 ②事故の原因は何ですか。 ③甲は乙に対してどのような損害を与えて賠償責任を負うに至ったのですか。 ④事故の後、どのような措置をとりましたか。		<行事名： >		
	事故の状況図・見取り図				
被害損害状況	对物	◎修理見積金額	円	对人	◎ケガの部位：
		◎修理者名・連絡先			◎治療状況：入院 通院 手術
	◎修理不可能な場合：破損物の購入年月及び購入額＝ 年 月 円		◎病院名・連絡先：		

個人情報、子ども会賠償責任保険の引受の審査及び履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、保険金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

市区町村子連/都道府県(指定都市)子連 等記入欄

市区町村等子連名	
(校区・学区がある場合) 校区・学区名	
県(指定都市)子連名	
担当者名	

全子連処理欄

全子連管理No.	受付印
—	

子ども会賠償責任保険事故報告《第一報》

【BO1】

報告日：令和〇年6月7日

対人・対物
(いずれか〇)

事故を起こした人(加害者)が特定できない場合は、主催団体の代表者名を記入してください。

主催者 (事故の責任が求められる子ども会)	団体名	大塚子ども会	主催団体に関する事項を記入ください。
	代表者名	大塚 太郎	
	住所	東京都文京市大塚1-1-1	
	担当者	音羽 花子	
	連絡先	042-111-6666	
(共催者があれば共催者名)			

事故日時	令和〇年6月4日(土曜日)	午前・午後 10時30分頃
事故場所	大塚小学校グラウンド	

<事故を起こされた方>

加害者(甲)	所属子ども会名	主催子ども会と同じ	共催子ども会と同じ
	住所	東京都文京市大塚2-3-4	
	氏名	根津 太郎	男・女 10才(他名) TEL 042-111-8888
他の賠償責任保険加入有無	有/無	保険名称	個人賠償(たんぼぼを含む) (その他)
		会社名	

加害者が個人賠償責任保険に加入の有無を記入してください。有の場合は保険名称・会社名を記入してください。

<ケガをされた方・損害を被った方(被害者)(学校等の場合は学校名)>

被害者(乙)	住所	東京都文京市大塚3-3-3	
	氏名	大塚小学校 校長 湯島 一郎	男・女 55才 TEL 042-111-9999

<事故の状況>

事故発生状況	事故の発生原因・状況・結果など右欄に詳しく記入して下さい。 ①甲と乙は、事故のとき、何をしていましたか。 ②事故の原因は何ですか。 ③甲は乙に対してどのような損害を与えて賠償責任を負うに至ったのですか。 ④事故の後、どのような措置をとりましたか。	<行事名：ソフトボール練習 記入例 > ソフトボールのバッティング練習で打った球が、誤った方向へ飛んでしまい、防球ネットを超えて校舎一階の窓ガラスに当たり、窓ガラスが割れてしまった。 すぐに、小学校へ連絡して破損箇所の写真を撮り、大塚ガラス店へ修理依頼を行った。
	事故の状況図・見取り図 概略図を記入ください。	修理代金・修理業者がわかる場合は記入してください。
被害損害状況	対物	◎修理見積金額 15,000 円 ◎修理者名・連絡先 042-111-8899 大塚ガラス店 ◎修理不可能な場合：破損物の購入年月及び購入額＝ 年 月 円
	対人	◎ケガの部位： ◎治療状況：入院 通院 手術 ◎病院名・連絡先：

個人情報、子ども会賠償責任保険の引受の審査及び履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、保険金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

市区町村子連/都道府県(指定都市)子連 等記入欄

市区町村等子連名	文京市子ども会育成連絡協議会
(校区・学区がある場合) 校区・学区名	文京地区
県(指定都市)子連名	特定非営利活動法人東京都子ども会連合会
担当者名	白山 弥生

全子連処理欄

全子連管理No.	受付印
—	