

年 月 日

ザ・ニュー・インディア・  
アシュアランス・カンパニー・  
リミテッド大阪支店 御中  
寝屋川市長 様

所 管 課 : \_\_\_\_\_

担当課長 : \_\_\_\_\_

団 体 名 \_\_\_\_\_

責任者氏名 \_\_\_\_\_

### 事故発生状況報告書兼事故証明書

寝屋川市市民公益活動災害補償制度に関し、下記のとおり報告し、合わせて事実に相違ないことを証明します。

公益活動名							
事故発生日時	年	月	日	午前・午後	時	分	
事故発生場所							
事故状況							
該 当 項 目 を ○ で 囲 ん で く だ さ い。							
事故の状態	活動中		運動中		経路往復中		その他
受傷部位	頭部	顔面部	頸部	胸、腹 背、腰部	上肢 手指	下肢 足指	その他
傷害態様	骨折	打撲	捻挫	挫創	切創	火傷	その他
傷害程度	死亡	後遺障害	重傷	軽傷	入院中	通院中	その他
フリガナ				受傷者			
受傷者氏名	-----			電話番号			
受傷者住所	〒 ー						
生年月日	(和暦)		年	月	日	( 歳)	
傷病名							
治療見込み期間	入院	日	(	年	月	日	～
	通院	日	(	年	月	日	～
病院名	名称			電話番号			

受付 ー