

事 故 報 告 書

美容(業)生活衛生同業組合 御中

2 0 年 月 日

美容(業)生活衛生同業組合

支部印

加入者番号					
店 名			フリガナ		
			加入対象者		
店の所在地	TEL ()				
フリガナ			職 業	年 齢	歳
被害者名					
被害者住所	TEL ()				
事 故 日	2 0	年	月	日	午前 午後 時 分頃
事故の原因 および状況					
損害の状況 および賠償の 措置予定					
保 険 会 社 記 入 欄	証券番号			契 約 者	全日本美容業生活衛生同業組合連合会
	補償期間	2 0 2 0	年 年	月 月	日 日
	備 考				

【記入例】

全 美 連 賠 責

事 故 報 告 書

福岡県

美容(業)生活衛生同業組合 御中

20 年 月 日

支部長

記入・捺印

福岡県 美容(業)生活衛生同業組合

〇〇 支部印

※太枠内をご記入ください

加入者番号	××× 〇〇〇				
店 名	全美美容院	フリガナ	ゼンビ キョウコ		
		加入対象者	全 美 京子		
店の所在地	福岡県福岡市中央区荒戸〇-〇-〇 TEL 〇〇〇 (△△△) ××××				
フリガナ	ニホン ハナコ	職 業	〇〇〇	年 齢	〇〇 歳
被害者名	日 本 花子				
被害者住所	福岡県福岡市博多区博多駅前〇-〇-〇 TEL 〇〇〇 (△△△) ××××				
事 故 日	20×× 年 △△月 〇〇日 午前(午後) △時 ××分頃				
事故の原因 および状況	クロスの巻き方が悪く、カラー剤がお客様の ブラウスに付着し、シミになった。				
損害の状況 および賠償の 措置予定	クリーニングに出したが、シミが落ちないため 査定額を参考に示談の予定。 被害品写真は、組合に提出します。				

保 険 会 社 記 入 欄	証券番号		契 約 者	全日本美容業生活衛生同業組合連合会	
	補償期間	20 年 月 日 20 年 月 日	賠償態様	身 体 ・ 財 物	
	備 考				

全
美
連
賠
責

賠償責任保険金請求書

損害保険ジャパン株式会社 御中

20 年 月 日

下記の通り委任を受けましたので、関係書類を添付して保険金を請求いたします。

美容(業)生活衛生同業組合
理事長
(請求者) 印

証券番号			保険	自 20 年 月 1 日
加入者番号	支 部		期 間	至 20 年 9 月 1 日
担 保	保 険 金 額		契約の種類	
身 体	1 事故につき 1 名につき	100,000 千円 50,000 千円	賠償責任保険	
被害者対応費用 (身体)	1 名につき	(死 亡 の 場 合) 100 千円以内の実費 (死亡以外の場合) 10 千円以内の実費	追加条項	
財 物	1 事故につき	施 設 3,000 千円 受託物 5,000 千円	全美連用追加条項、施設所有管理者特約条項、 昇降機特約条項、受託者特約条項、人格権 侵害担保追加条項(施設・昇降機)、事故対応 特別費用担保追加条項(施設・昇降機・受託者)、 漏水担保追加条項(受託者)、紛失危険担保 追加条項(受託者)、被害者対応費用担保条項	

↑ 請求する担保項目に○印を付けて下さい。

事故日	年 月 日 午前 午後			時 分頃	賠償態様	身 体 ・ 財 物	
被害者	住 所				示談条件	裏 面 の 通 り	
	フリガナ				電 話	()	
	氏 名	(歳)			職 業		
事故の 状 況							
被害品 明 細	品 名				被 害 品 原 取 得 年 月 日	年 月 日	
	購入先				上 記 原 取 得 金 額	円	

賠償示談額 円

20 年 月 日

上記請求者を代理人と定め、損害
保険ジャパン株式会社に対する
上記損害についての保険金請求
ならびに受領を委任いたします。

加入者
(加入対象者)

(住所) TEL ()

(店名)

(氏名)

印

美容(業)生活衛生同業組合

理
事
長

部
長

支
部
長

扱
者

保険金振込先	金融機関	行庫合協 銀信用組 信農			本店所 支張所 出		口座種別	1 普通・総合 2 当座 3 貯蓄	店番				
	口座名義 (カタカナ)				受取人住所	フリガナ 〒		TEL	口座番号				

◎太枠内及び★の欄にご記入下さい。

損害保険ジャパン株式会社 御中

賠償示談条件通知

20 年 月 日の事故につき、次の条件によって示談解決いたしましたので、当事者双方連署し通知致します。

(賠償の条件)

加害者は被害者に対し賠償金として

金 円を支払うこと。

この条件をもって、本件について双方異議なく円満に示談解決することを約し、今後当事者双方とも本件に関して名義のいかんにかかわらず一切なんらの異議要求をも申立てないことを確約します。

20 年 月 日

美容所

フリガナ

(加入対象者)

印

フリガナ

被害者

印

(被害者が未成年の場合、親権者名をご記入下さい。)

賠償示談金領収書

金 円也

上記金額を賠償金として正に領収致しました。

20 年 月 日

氏名
(被害者)

印

(被害者が未成年の場合、親権者名をご記入下さい。)

被害品の回収処理方法 (該当するものに
○印をつけて下さい。)

- ① 回収できない。
- ② 組合へ提出する。
- ③ 査定後返却してほしい。

((②③の場合は、下記にも記入して下さい。))

支部受領日 月 日

組合受領日 月 日

参考資料 従業員数(含加入対象者) 名

【記入例】

賠償責任保険金請求書

表面

全連
賠責

損害保険ジャパン株式会社 御中

20 年 月 日

下記の通り委任を受けましたので、関係書類を添付して保険金を請求いたします。

美容(業)生活衛生同業組合
理事長
(請求者) 〇〇〇 (印)

★

証券番号			保険	自 20 年 月 1 日
加入者番号	×××	支部 〇〇〇	期間	至 20 年 9 月 1 日
担 保	保 險 金 額		契約の種類	
身 体	1 事故につき 1 名につき	100,000 千円 50,000 千円	賠償責任保険	
被害者対応費用 (身体)	1 名につき	(死 亡 の 場 合) 100 千円以内の実費 (死亡以外の場合) 10 千円以内の実費	追加条項	
財 物	1 事故につき	施 設 3,000 千円 受託物 5,000 千円	全連用追加条項、施設所有管理者特約条項、 昇降機特約条項、受託者特約条項、人格権 侵害担保追加条項(施設・昇降機)、事故対応 特別費用担保追加条項(施設・昇降機・受託者)、 漏水担保追加条項(受託者)、紛失危険担保 追加条項(受託者)、被害者対応費用担保条項	

↑ 請求する担保項目に〇印を付けて下さい。

※太枠内をご記入ください

事故日	20××年 △△月 〇〇日 午前 △時 ××分頃	賠償態様	身 体 ・ 財 物
住 所	福岡県福岡市博多区博多駅前〇-〇-〇	示談条件	裏 面 の 通 り
フリガナ	ニホン ハナコ	電 話	〇〇〇 (△△△) ××××
氏 名	日本 花子 (〇〇 歳)	職 業	〇〇〇
事故の 状 況	クロスの巻き方が悪く、カラー剤がお客様のブラウスに 付着し、シミになった。		
被害品 明 細	品 名	ブラウス	被害品原取得年月日 20××年 〇〇月 △△日
	購入先	〇× デパート	上記原取得金額 10,000 円

賠償示談額 8,000 円

20××年 〇〇月 △△日

福岡県福岡市中央区荒戸〇-〇-〇

(住所) TEL 〇〇〇 (△△△) ××××

上記請求者を代理人と定め、損害
保険ジャパン株式会社に対する
上記損害についての保険金請求
ならびに受領を委任いたします。

加入者
(加入対象者)

(店名) 全美容院

(氏名) 全美 京子 (印)

美容(業)生活衛生同業組合	理事長	部 長	支 部 長	印	扱 者
---------------	-----	-----	-------	---	-----

保険金振込先	金融機関	銀行組合 信用組合 農協																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
--------	------	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

◎太枠内及び★の欄にご記入下さい。

損害保険ジャパン株式会社 御中

賠償示談条件通知

20××年△△月〇〇日の事故につき、次の条件によって示談解決いたしましたので、当事者双方連署し通知致します。

(賠償の条件)

加害者は被害者に対し賠償金として

金 8,000 円を支払うこと。

この条件をもって、本件について双方異議なく円満に示談解決することを約し、今後当事者双方とも本件に関して名義のいかににかかわらず一切なんらの異議要求をも申立てないことを確約します。

20××年〇〇月△△日

美容所 全美美容院
フリガナ ゼンビ キョウコ
(加入対象者) 全美 京子



フリガナ ニホン ハナコ
被害者 日本 花子



(被害者が未成年の場合、親権者名をご記入下さい。)

店主の署名・捺印

お客様の署名・捺印

賠償示談金領収書

金 8,000 円也

上記金額を賠償金として正に
領収致しました。

20××年〇〇月△△日

氏名 日本 花子
(被害者)



(被害者が未成年の場合、親権者名をご記入下さい。)

被害品の回収処理方法 (該当するものに
○印をつけて下さい。)

- ① 回収できない。
- ② 組合へ提出する。
- ③ 査定後返却してほしい。

(②③の場合は、下記にも記入して下さい。)

支部受領日 月 日

組合受領日 月 日

参考資料 従業員数(含加入対象者) 名

事故報告の流れ（対物事故）

※事故によっては賠償保険の対象にならない場合があります。事故発生時は必ず、福岡県美容生活衛生同業組合事務局までご連絡ください。

（TEL：092-715-8211）

組合事務局へ連絡後、事故報告書に必要事項をご記入いただき、速やかに組合までご提出ください。保険会社に確認後、組合よりご連絡致します。

① **事故報告書**（サロン記入＋支部長印）

② **賠償責任保険金請求書** ※示談後、記入

（表面/サロン記入＋支部長印、裏面/サロン・お客様記入・捺印）

＋被害品について（被害品の写真を以下のメールアドレスまで送信してください。もしくはプリントアウトしたものを請求書類に同封してください。修理やクリーニングの場合は被害品写真と領収書が必要。場合により、被害品を提出いただく場合があります。）

※ 対物事故の補償額は、被害品の時価です。

示談前に保険会社の補償額を確認いたしますので、被害品について

購入年月日・②購入場所・③購入金額を確認のうえ、下記までご連絡ください。

ご不明なときはお気軽にお電話ください。

＜書類提出先・連絡先＞

〒810-0062

福岡市中央区荒戸2丁目3-12

福岡県美容生活衛生同業組合

電話 092-715-8211

info@fuba.or.jp

被害品の写真は、上記のアドレスへ添付し送信ください