全美連賠責

事故報告書

美容(業)生活衛生同業組合 御中

２０　　年　　月　　日

美容(業)生活衛生同業組合

支部㊞

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	２０　　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	２０　　年　　月　　日 ２０　　年　　月　　日	賠償態様	身　体　・　財　物
	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
○○ 支部㊞

※太枠内をご記入ください

加入者番号	×××　○○○				
店名	全美美容院	フリガナ 加入対象者	ゼンビ　キョウコ 全美　京子		
店の所在地	福岡県福岡市中央区荒戸○-○-○ TEL ○○○（ △△△ ）××××				
フリガナ 被害者名	ニホン　ハナコ 日本　花子	職業	○○○	年齢	○○歳
被害者住所	福岡県福岡市博多区博多駅前○-○-○ TEL ○○○（ △△△ ）××××				
事故日	２０××　年　△△月　○○日　午前 午後　△時　××分頃				
事故の原因および状況	毛染作業中にヘアダイ液が顔面に流れ出し、かぶれた。				
損害の状況および賠償の措置予定	治療後、示談の予定				

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	２０　年　月　日 ２０　年　月　日	賠償態様	身体・財物
	備考			

2020.04

年　　月　　日

個人情報の取扱いに関する同意書

損害保険ジャパン株式会社　行

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同意人　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

賠償請求権者との関係　［本人・親権者・その他（　　）］

（注）ご本人が未成年者の場合は親権者の方がご記入ください。

＜同意された方が賠償請求権者様**ご本人以外の場合**、以下もご記入ください。＞

賠償請求権者の	住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日生）

私は＿＿＿年＿＿月＿＿日の事故による損害賠償請求に関する個人情報を損害保険ジャパン株式会社（以下、損保ジャパン）の社員、またはその委託を受けた者が下記のとおり取り扱うことに同意します。
ただし、本書面は個人情報の取り扱いについての同意であり、損害賠償に関しては何ら同意するものではないことを申し添えます。

記

１．損保ジャパンが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利用すること。

２．損保ジャパンが以下の①から④まで、およびその他業務上必要とする範囲で取得・利用・提供または登録すること。
①損保ジャパンが前記１．の業務のため業務委託先、医療機関、修理工場、損害賠償請求に関する関係先等に提供すること。または、これらの者から提供を受けること。
②損保ジャパンが保険制度の健全な運営のために（社）日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社等に提供もしくは登録し、または、これらのものから提供を受けること。
③損保ジャパンが再保険契約や共同保険契約における引受保険会社からの保険金等の受領のために引受保険会社等に提供すること（引受保険会社等から他の引受保険会社への提供を含む）。
④損保ジャパンが保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）について、保険業法施行規則により限定された目的以外に利用しないこと。

以上

損害保険ジャパン株式会社 行

同 意 書

ご記入前にご確認ください。

- 損保ジャパンが医師または医療機関へおケガの状況等を照会することにご同意いただくために必要な書類です。
- 同意書は医療機関ごとに必要になります。複数枚必要な場合は、担当者にご連絡ください。

※治療を受けた医療機関名をご記入ください。

主治医殿

私（患者さま）の傷病について損害保険ジャパン株式会社の社員、またはその委託を受けた者が、医療機関に対して下記の行為を行うことに同意します。

なお、本状は私（患者さま）の保険金の請求および支払に関する一切の手続きが終了もしくは請求を取り下げた時点で効力を失うものとします。

記

1. 医師または医療機関から以下の資料の交付・貸し出しを受けること、および資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行うこと。
   (1) 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・カルテ・看護記録などの診療情報資料
   (2) レントゲン写真・CT・MRIなどの検査資料
   (3) 上記医療機関の処方箋により療養給付を行う調剤薬局発行の調剤薬局明細書
2. 私が診療・検査を受けた医師または医療機関から診断・診療内容、検査結果、既往症・病歴、治療見込み、就労の可否等、の説明を受けること。
3. 私の傷病の治療歴、事故状況・原因などに関する情報を医師または医療機関に提供すること。

以 上

記 入 日	※ご記入日を西暦でお書きください。 20　　年　　月　　日

お願い おケガをされた方がご署名・ご捺印ください。
おケガをされた方が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。

おケガをされた日	
同 意 人	氏　名　　ご捺印ください　印 住　所　都 道 府 県 患者さまとの関係　本人　親権者　その他（　　）
患 者 さ ま	※同意人が患者さまご本人の場合、以下に生年月日のみご記入ください。 氏　名　同意人と同じ 住　所　都 道 府 県 生年月日　　年　　月　　日生

損害保険ジャパン株式会社 行

診断書

● 医療機関にてご記入いただくものです。
● 診断書料は保険金のお支払対象にはなりません。

氏名	カルテ番号（　　）	生年月日	年　月　日	性別	男　女
		健保　国保　労災　自費　その他（　　）			

傷病名および受傷部位・態様	発病または受傷の原因（傷病者申告の内容を詳細にご記入ください。）

初診日	年　月　日	当該傷病の治療歴	無　有　（病院名：　　）
発病日または受傷日	年　月　日	治療時期	（　年　月　日 ～　年　月　日）

初診から現在までの主要症状ならびに治療内容	既往症および既存障害　無　有　（傷病名：　　）
	［脊椎の障害の場合］他覚所見の有無、検査結果 画像所見（X－P・MRI・CT　等） 無　有　［新鮮　陳旧性　不明］（　　） 神経学的所見（知覚・筋力・反射　等） 無　有　（　　） その他の異常所見 無　有　（　　）

今回傷病に関して実施した手術　無　有　➡ 有の場合、以下の手術欄を必ずご記入ください。

手術①	手術名［診療報酬点数区分コード］	［K　J　－　］	手術の種類：開頭術　穿頭術　開胸術　開腹術　その他（　　）
	手術日	年　月　日	筋骨関係手術の場合：観血　非観血　植皮術の場合：25㎠以上　25㎠未満
手術②	手術名［診療報酬点数区分コード］	［K　J　－　］	手術の種類：開頭術　穿頭術　開胸術　開腹術　その他（　　）
	手術日	年　月　日	筋骨関係手術の場合：観血　非観血　植皮術の場合：25㎠以上　25㎠未満

先進医療	無　有	技術名		治療実施日	年　月　日 ～　年　月　日	先進医療に係る届出受理日	

入院治療	年　月　日 ～　年　月　日
固定具の使用	無　有　➡ 有の場合、以下の欄を必ずご記入ください。
固定具①	ギプス・シャーレ等　副子固定　硬性コルセット　頚椎装具　軟性装具　サポーター等　その他（　　）　〈常時装着指示〉(注)　無　有 年　月　日 ～　年　月　日
部位①	
固定具②	ギプス・シャーレ等　副子固定　硬性コルセット　頚椎装具　軟性装具　サポーター等　その他（　　）　〈常時装着指示〉(注)　無　有 年　月　日 ～　年　月　日
部位②	

医学的に就業・家事・通学が全く不可能と判断される期間

年　月　日 ～　年　月　日
就業復帰見込み　年　月　日頃

実通院治療日（○印をつけてください。8ヶ月以上の場合、別紙に記入してください。）

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		計
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		計
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		計
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		計
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		計
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		計
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		計
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日

転帰 ※必ずご記入ください。	年　月　日　治癒　継続　中止　転医	保険金の請求意思能力	無　有
後遺障害残存見込み ※必ずご記入ください。	無　有　不明　➡（有・不明の場合、内容：　　）		

上記のとおり診断いたします。

記入日　年　月　日

所在地

病院名

医師氏名

印

（注）「常時装着」には、「入浴中のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴中および就寝時のみ取り外す」の状態を含みます。

SOMPO 損害保険ジャパン株式会社

1×10（20010979）327900－0200

賠償責任保険金請求書

全美連
賠　責

損害保険ジャパン株式会社 御中

２０　　年　　月　　日

美容（業）生活衛生同業組合
理事長
（請求者）　　㊞

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。

証券番号		保険期間	自 ２０　年　月 １ 日 至 ２０　年 ９ 月 １ 日
★ 加入者番号	支部		

担保		保険金額	
身体	１事故につき １ 名につき	１００，０００千円 ５０，０００千円 生産物は期間中１００，０００千円限度	
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	
財物	１事故につき	施設 ３，０００千円 生産物 ３，０００千円 受託物 ５，０００千円	

契約の種類
賠償責任保険
追加条項
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、生産物特約条項、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

賠償金額	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）　㊞

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	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	口座種別	１ 普通・総合 ２ 当座 ３ 貯蓄	店番		
					口座番号		
口座名義（カタカナ）		受取人住所	フリガナ 〒 TEL　（　）				

◎太枠内及び★の欄にご記入下さい。

2026.9

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いたします。

（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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

フリガナ
被害者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（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（該当するものに〇印をつけて下さい。）

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】

表面

賠償責任保険金請求書

全美連
賠　責

損害保険ジャパン株式会社　御中

２０　　年　　月　　日

美容(業)生活衛生同業組合
理事長
(請求者)　　㊞

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。

証券番号		保険期間	自　２０　年　月　１　日 至　２０　年　９　月　１　日
★ 加入者番号	×××　支部　○○○		

	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 追加条項
	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	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
	財物	１事故につき	施設　３,０００千円 受託物　５,０００千円	

↑ 請求する担保項目に○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○○日 午前 午後 △時 ××分頃		賠償態様	身体・財物
被害者	住所	福岡県福岡市博多区博多駅前○-○-○	示談条件	裏面の通り
	フリガナ	ニホン　ハナコ	電話	○○○(△△△)××××
	氏名	日本　花子　(○○歳)	職業	○○○
事故の状況	毛染作業中にヘアダイ液が顔面に流れ出し、かぶれた。			
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	28,000　円

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。

２０××年○○月△△日

加入者
(加入対象者)

福岡県福岡市中央区荒戸○-○-○
(住所)　TEL ○○○(△△△)××××
(店名) 全美美容院
(氏名) 全美　京子　全美

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 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	口座種別	1 普通・総合 2 当座 3 貯蓄	店番	
						口座番号	
	口座名義(カタカナ)		受取人住所	フリガナ 〒 TEL　(　　)			

支部長印

◎太枠内及び★の欄にご記入下さい。

2020.04

【記入例】

裏面

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 28,000 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 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 全美 (印)

フリガナ ニホン ハナコ
被害者 日本 花子 日本 (印)

(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 28,000 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 (被害者) 日本 花子 日本 (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 (該当するものに〇印をつけて下さい。)

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

保険請求について(対人事故の場合)

※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）

① 事故報告書　　・・・１通(サロン記入＋支部長印)
② 個人情報同意書、同意書　・・・各１通（お客様記入）
③ 診断書　　・・・１式（病院記入、病院発行）
④ 賠償責任保険金請求書　・・・１通（表面/サロン記入＋支部長印、裏面/サロン・お客様記入）

step1：サロンで①事故報告書を記入後、**組合へ速やかに提出してください。**
step2：お客様に②個人情報同意書と同意書を記入いただく
step3：治療後、病院に③診断書を書いてもらい、治療に掛かった領収証一式と共に回収してください。
step4：**保険会社からの補償額を確認いたしますので、下記へ連絡をお願いします。**
step5：認定された補償額をもとに示談条件を提示し、被害者と話し合って示談交渉を行ってください。示談成立ののち、④賠償責任保険金請求書を作成して被害者の記名捺印をもらい、支部長捺印のうえ、保険の請求になります。書類提出後、保険会社より組合費振替口座へお振込みします。

※治療が長期になる場合は、①事故報告書と②個人情報同意書、同意書を先にご提出ください。

保険金が請求できるのは・・・

- 治療費及び薬代　※領収書を添付のこと
- 慰謝料　※治療期間、通院回数に応じて保険会社が算出します。
  治療については妥当な治療期間と保険会社が認められる範囲とされます。
  なお、断毛、脱毛については支払限度額があります。
- 診断書料、診療明細書の文書料金　※領収書を添付のこと
- 見舞品代　※領収書を添付のこと(10,000 円が限度)
- その他、必要に応じて通院交通費の実費(バス及び電車などの公共交通機関)など

以上の書類と領収証を揃え、ご提出してください。

＜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