



針刺し等の傷害を伴い感染症に 罹患した疑いがある場合の検査・予防措置費用 保険金受け取りまでの手順

ステップ1（事故報告）

- 1) 学校の担当者や実習指導者に、事故発生（感染のリスクが生じたこと）を連絡してください。
- 2) 医療機関で受診してください。
- 3) ④「Will」針刺し事故等傷害を伴う感染事故報告書を印刷してください。
- 4) 記入例を参考に事故報告書の必要事項を記入し、学校に提出してください。
- 5) 学校から「Will」事務局に事故報告書が送られます。

○ ステップ1で、ご注意頂きたい事項 ○

補償範囲

- 臨地実習中の針刺し等傷害を伴う事故での検査・予防措置費用に限ります。
- 実習参加前の予防措置に要した費用は、補償の対象に含まれません。
[注] 院内マニュアルや病院の指示によって患者さんの検査代を請求された場合も保険の対象となります。事故状況欄にその旨を記載してください。
- ケガの治療のために入・通院をした場合は、入・通院日額も補償されます。

事故報告の期限

- 事故報告は、可能な限り速やかに行ってください。
- 原則的に事故報告は、事故発生日から30日以内の事故報告をお願いしています。
- 保険金請求権の時効は3年間ありますので、30日を過ぎても補償に問題はありませんが、事故との因果関係の証明を求められる場合があります。

事故報告の方法

- 事故報告は、必ず学校を通じて行ってください。
- 学校が記名・捺印する項目があります。

ステップ2（保険金の請求）

- 6) 請求に必要な書類の準備。
- 7) 学校に郵送される保険金の請求書類を受け取ってください。
- 8) 保険金請求書にご記入のうえ、必要書類を添付し、返送してください。

○ ステップ2で、ご注意頂きたい事項 ○

請求に必要な書類

- 保険金の請求に当たっては、下記の書類が必要となります。
必要となる書類は大切に保管しておいてください。

感染検査予防費用請求に必要な書類

- ① 感染予防費用兼傷害保険金請求書
- ② 医療機関発行の「診療明細書付領収書」（原本）
（検査、または予防措置の費用であることが分かるもの）

ステップ3（保険金の受け取り）

- 9) 保険金が、保険金請求書にご記入頂いたご指定口座へ入金されます。

針刺し事故等傷害を伴う感染予防・検査 事故報告書記入例

(株)メディカプランニングオフィス 「Will」事務局 行き FAX:0120-782279		2020年度用 ④ 傷害を伴う感染	
④「Will」針刺し事故等傷害を伴う感染事故報告書 (実習中・学生専用)			
◇この事故報告書は郵送ではなくFAXにてご送付いただき、原本は控えとしてお手元に保管してください。 ★: 必須記入 ☆: 被保険者が未成年の場合記入 報告日: (西暦) 20 20 年 4 月 22 日			
★被保険者	※おケガ(感染事故)をされた方の情報をご記入ください。 フリガナ: イリョウ モモコ 生年月日: (西暦) 2001 年 4 月 10 日 氏名: 医療 桃子 (男・ ☒) 年齢: 19 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入 TEL: 090-0000-0000 学科: 看護 学年: 1 年 住所: 〒000-0000 東京都00区001-2-3 000アパート0号室		
☆親権者	※被保険者が未成年の場合は、この欄もご記入ください。 フリガナ: イリョウ イチロウ 被保険者との関係: (父・母・その他()) 親権者氏名: 医療 一郎 親権者住所: 〒000-0000 TEL: 000-0000-0000 00県00市001丁目00-000		
★事故(ケガ)状況	事故日: (西暦) 20 20 年 4 月 17 日 金 曜日 時間: (午前・午後) 2 時 30 分頃 事故場所: 東京 道 中央 市 都 実習施設名: 宇井留病院 ※どのようにケガ(感染事故)をされたのか、詳しくご記入ください。 患者さんが使用した後の針を片付ける際、誤って指に刺してしまった。 感染の恐れがあるため、検査をするように指示された。 実習先の医師等から検査・予防措置の指示はありましたか? (はい・いいえ) (いいえの場合、支払い条件を満たさないため補償対象外)		
★治療状況	※初診日必須 = 入院・通院どちらか開始日(初診日)を必ず記入してください。 入院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日 病院名: 宇井留病院 通院(見込み・確定) 4 月 17 日 ~ 月 日 担当医師名: 山田 すずむ ◇針刺し事故での傷害通院日額の対応は、傷の治療に基づくため、原則【事故当日】に通院した1日分のみの対応となります。 感染症(疑)名: 針刺し・感染疑い 部位: 左手 受診内容: (検査)・予防措置・(傷の治療) ※該当項目に○印		
＜施設(学校)情報・事故確認欄＞ 下記★項目にもれなくご記入・ご捺印をお願いいたします。			
★施設情報	フリガナ: ウイルカンゴセンモンガッコウ 施設名: 宇井留看護専門学校 フリガナ: フクシサチコ (学校名) 担当者: 福祉 幸子 フリガナ: トウキョウトチュウオウクシンカフ TEL: 03-0000-0000 住所: 〒104-0033 東京都中央区新川2-22-6 ※ 保険会社より施設のご担当者様宛に保険金の請求書類をご送付いたします。 部署名等必要な場合は、必ずご記入ください。		
★事故確認欄		上記の事故が発生したことを確認します。 養成施設(学校) 宇井留 花子 代表者名	
＜引受確認 Will事務局記入欄＞			
整理No.	加入者証番号	受付No.	学校ID
-	20 -		
Will1	Will2	Will3	Will3DX
教職員	通信30	通信60	研修
④ 傷害を伴う感染			

(株)メディアプランニングオフィス

「Will」事務局 行き

FAX:0120-782279

2020年度用

④ 傷害を伴う感染

④「Will」針刺し事故等傷害を伴う感染事故報告書

(実習中・学生専用)

◇この事故報告書は郵送ではなくFAXにてご送付いただき、原本は控えとしてお手元に保管してください。

★：必須記入 ☆：被保険者が未成年の場合記入

報告日：(西暦) 20 年 月 日

★被保険者	※おケガ(感染事故)をされた方の情報をご記入ください。	生年月日：(西暦) 年 月 日
	フリガナ：	(男・女) 年齢： 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入
	氏名：	学科： 学年：
	TEL：	
	住所：〒	

★親権者	※被保険者が未成年の場合は、この欄もご記入ください。	
	フリガナ：	被保険者との関係：(父・母・その他())
	親権者氏名：	
	親権者住所：〒	TEL：

★事故(ケガ)状況	事故日：(西暦) 20 年 月 日 曜日	時間：(午前・午後) 時 分頃
	事故場所： 都・道 区・市 府・県 郡	
	実習施設名：	
	※どのようにケガ(感染事故)をされたのか、詳しくご記入ください。	
	実習先の医師等から検査・予防措置の指示はありましたか？(はい・いいえ) (いいえの場合、支払い条件を満たさないため補償対象外)	

★治療状況	※初診日必須 = 入院・通院どちらか開始日(初診日)を必ず記入してください。	※複数記入可
	入院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日	病院名：
	通院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日	担当医師名：
	◇針刺し事故での傷害通院日額の対応は、傷の治療に基づくため、原則「事故日当日」に通院した1日分のみの対応となります。	
	感染症(疑)名：	部 位：

＜施設(学校)情報・事故確認欄＞ 下記★項目にもれなくご記入・ご捺印をお願いいたします。

★施設情報	フリガナ：	
	施設名：	フリガナ：
	(学校名)	担当者：
	フリガナ：	TEL：
	住所：〒	

※ 保険会社より施設のご担当者様宛に保険金の請求書類をご送付いたします。
部署名等必要な場合は、必ずご記入ください。

★事故確認欄

上記の事故が発生したことを確認します。

養成施設(学校)
代表者名

印

＜引受確認 Will事務局記入欄＞

整理No.	加入者証番号	受付No.	学校ID	Will1	Will2	Will3	Will3DX
—	20 —			教職員	通信30	通信60	研修

④ 傷害を伴う感染