(株)ﾒﾃﾞｨｸﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞｵﾌｨｽ
「Will」事務局 行き
FAX:0120-782279

2018年度用
① 傷害

①「Will」傷害 事故報告書

保険種目： 一般社団法人日本看護学校協議会共済会
総合生活保険（傷害補償・こども総合補償）

◇この事故報告書は郵送でなく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。
◇事故日よりできるだけ30日以内にご通知ください。（30日を超えた場合は、ご相談ください。）

★必須記入 ☆負傷者が未成年の場合記入

報告日：(西暦) 2018 年 4 月 14 日

★負傷者（被保険者）

おケガをされた方の情報をご記入ください。

生年月日：(西暦) 1999年 4月 10日

ﾌﾘｶﾞﾅ： ｲﾘｮｳ ﾓﾓｺ
氏名： 医療 桃子
男・(女)
※年齢：19 歳 → 未成年の場合、☆親権者欄も記入
☐ 教職員 ☑ 学生
学科：看護
学年：1 年
住所： 〒 ○○○-○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室
TEL: 090-○○○○-○○○○

☆親権者

負傷者が未成年の場合は、この欄もご記入ください。

ﾌﾘｶﾞﾅ： ｲﾘｮｳ ｲﾁﾛｳ
氏名： 医療 一朗
被保険者との関係：(父)・母 その他（ ）
住所： 〒 ○○○-○○○○
○○県○○市○○1丁目○○-○○○
TEL： ○○○-○○○○-○○○○

★事故（ケガ）状況

事故日：(西暦) 20 18 年 4 月 13 日 金 曜日
時間：(午前)・午後 8:30 頃

事故場所： 東京 (都)・道・府・県 中央 (区)・市・郡 ○○付近

※どのようにケガをされたか、
急激かつ偶然な状況がわかるように、詳しくご記入ください。

受傷時の乗りもの：
自転車 バイク 車 (徒歩) その他（ ）

通学途中、駅の階段を降りる際、階段を踏み外し
左足をひねってしまった。

★ ケガをした時間帯に○をつけてください。

臨地実習中（在宅実習中の移動含む）	
学校⇔実習先移動中	
自宅⇔実習先間移動中	
(登校中)	下校中
授業（体育以外）	体育の授業中
休み時間	学内演習中
放課後	学校行事中
部活・ｻｰｸﾙ活動中	
プライベート	
その他	

※傷害事故報告の場合、②補足資料「Will」賠償事故状況図のご提出は不要です。
◇相手がある傷害事故の時、相手からの請求については、"②賠償（個人賠償責任保険）"で対応できる事もあります。
※ただし、ご自身の乗り物が自動車・バイクなどのエンジン付きの場合は除きます。

★治療状況

※初診日必須 = 入院・通院どちらかの開始日（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
(通院)（見込み）確定） 4 月 13 日 ～ 4 月 26 日

※複数記入可
病院名： 宇井留病院
担当医師名： 山田 すすむ

後遺障害（見込み）：有・無 ← 報告時に不明の場合は、未記入でかまいません。

傷病名： 打撲 骨折 むち打ち (捻挫) 靭帯損傷 脱臼 火傷 (その他)（ すり傷 ）

部位： 頭 歯 首 肩 胸 腰 右腕 左腕 右足 (左足) 右手 (左手) その他（ ）

≪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

ﾌﾘｶﾞﾅ： ｳｲﾙｶﾝｺﾞｾﾝﾓﾝｶﾞｯｺｳ
施設名：（学校名） 宇井留看護専門学校

ﾌﾘｶﾞﾅ： ﾄｳｷｮｳﾄﾁｭｳｵｳｸｼﾝｶﾜ
住所：〒 104－0033
東京都中央区新川2-22-6

ﾌﾘｶﾞﾅ： ﾌｸｼｻﾁｺ
担当者： 福祉 幸子
TEL： 03-○○○○-○○○○

※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

（該当項目に○印）

	上記事故は実習中に発生したことを確認します
○	上記事故は学校管理下に発生したことを確認します
	実習中・学校管理下以外のプライベート中に発生

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 宇井留 花子

宇井留看護専門学校之印

＜引受確認欄＞ 共済制度事務局使用

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

①傷害

(株)ﾒﾃﾞｨｸﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞｵﾌｨｽ FAX:0120-782279
「Will」事務局 行き E-mail:will-jiko@mbr.nifty.com
（破損物写真等の送付先アドレス）

2018年度用
② 賠 償

②「Will」賠 償 事故報告書

保険種目： 一般社団法人日本看護学校協議会共済会
総合生活保険（こども総合補償）

◇この事故報告書は郵送でなく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) 2018 年 4 月 15 日

★ 被保険者

ﾌﾘｶﾞﾅ：ｲﾘｮｳ ﾓﾓｺ
氏名： 医療 桃子
住所： 〒○○○-○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室
TEL: 090-○○○○-○○○○

生年月日：(西暦) 1999 年 4 月 10 日
男・(女)
※年齢：19 歳
☐ 教職員 ☑ 学生

→未成年の場合、☆親権者欄も記入
学科：看護
学年：1 年

☆ 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。
ﾌﾘｶﾞﾅ： ｲﾘｮｳ ｲﾁﾛｳ
親権者氏名：医療 一朗
親権者住所： 〒○○○-○○○○
○○県○○市○○1丁目○○-○○○

被保険者との関係： (父)・母 その他（ ）
TEL： ○○○-○○○○-○○○○

★ 被害者

該当被害者欄にチェック☑をつけ、氏名・施設名・住所・TELなどをご記入ください。

☑ 養成施設(学校)：下記施設情報に同じ
☐ 実習先の施設：（施設名）
☐ 患者：（氏名）
☐ その他：（氏名・施設名）

住所：〒
TEL:
年齢： 歳 男・女

★ 事故状況

事故日：(西暦) 2018 年 4 月 13 日 金 曜日 午前・(午後) 2 時 30 分頃
事故場所： 東京 (都・道府・県) 中央 (区・市郡) 宇井留看護専門学校
いずれかを○で囲んでください ⇒ （ 臨地実習中・(学内)・学外 ）

学内演習中に誤ってパルスオキシメーターを落としてしまい
破損してしまった。

※交通事故等の場合は、過失割合の算出に必要な為、②補足資料-賠償事故状況図もあわせてご提出ください。

★対物事故の場合、破損物について必ず下欄にご記入ください。

破損物名：パルスオキシメーター		破損物の購入時期：2015 年 3 月 15 日	
破損物の購入時価格：¥16,200（税込）	※修理：可・(不可)	修理費：¥	再購入費：¥16,200（税込）

※修理見積書・写真を必ずご用意ください。（修理不可の場合は、修理不能証明書・再購入の見積書が必要になります）

≪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

ﾌﾘｶﾞﾅ： ｳｲﾙｶﾝｺﾞｾﾝﾓﾝｶﾞｯｺｳ
施設名：宇井留看護専門学校
（学校名）
ﾌﾘｶﾞﾅ：ﾄｳｷｮｳﾄﾁｭｳｵｳｸｼﾝｶﾜ
住所：〒 104-0033
東京都中央区新川2-22-6

ﾌﾘｶﾞﾅ：ﾌｸｼｻﾁｺ
担当者：福祉 幸子
TEL：03-○○○○-○○○○

※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 宇井留 花子

宇井留看護専門学校之印

＜引受確認欄＞ 共済制度事務局使用

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

②賠償

(株)ﾒﾃﾞｨｸﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞｵﾌｨｽ FAX:0120-782279
「Will」事務局 行き E-mail:will-jiko@mbr.nifty.com
（破損物写真等の送付先アドレス）

2018年度用
② 賠 償

②「Will」賠 償 事故報告書

保険種目： 一般社団法人日本看護学校協議会共済会
総合生活保険（こども総合補償）

◇この事故報告書は郵送でなく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 18 年 4 月 15 日

★ 被保険者

ﾌﾘｶﾞﾅ： ｲﾘｮｳ ﾓﾓｺ
氏名： 医療 桃子
住所： 〒 ○○○-○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室
TEL: 090-○○○○-○○○○

生年月日：（西暦）1999年 4月 10日
男・(女)
※年齢： 19歳
☐ 教職員 ☑ 学生

→未成年の場合、☆親権者欄も記入
学科： 看護
学年： 1年

☆ 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。
ﾌﾘｶﾞﾅ： ｲﾘｮｳ ｲﾁﾛｳ
親権者氏名： 医療 一朗
親権者住所： 〒 ○○○-○○○○
○○県○○市○○ 1丁目○○-○○○

被保険者との関係： (父)・母 その他（ ）
TEL： ○○○-○○○○-○○○○

★ 被害者

該当被害者欄にチェック☑をつけ、氏名・施設名・住所・TELなどをご記入ください。

☐ 養成施設（学校）：下記施設情報に同じ
☐ 実習先の施設：（施設名）
☑ 患者：（氏名） 早久 なお子
☐ その他：（氏名・施設名）

住所：〒○○○ - ○○○○
○○県○○市○○ 1丁目○○-○○○
TEL: ○○○-○○○○-○○○○
年齢： 72 歳 男・(女)

★ 事故状況

事故日：（西暦）2018 年 4 月 13 日 金曜日 午前・(午後) 2 時 30 分頃
事故場所： 東京 (都)・道・府・県 中央 (区)・市・郡 宇井留病院内
いずれかを○で囲んでください ⇒（(臨地実習中)・学内・学外）

実習中、患者さんを車椅子からベッドへ移動する際、
重心が傾き、ベッドの反対側に一緒に転倒。
その衝撃で患者さんを骨折させてしまった。

※交通事故等の場合は、過失割合の算出に必要な為、②補足資料-賠償事故状況図もあわせてご提出ください。

★対物事故の場合、破損物について必ず下欄にご記入ください。

破損物名：		破損物の購入時期：	
破損物の購入時価格：¥	※修理：可 ・不可	修理費：¥	再購入費：¥

※修理見積書・写真を必ずご用意ください。（修理不可の場合は、修理不能証明書・再購入の見積書が必要になります）

≪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

ﾌﾘｶﾞﾅ： ｳｲﾙｶﾝｺﾞｾﾝﾓﾝｶﾞｯｺｳ
施設名： 宇井留看護専門学校
（学校名）
ﾌﾘｶﾞﾅ：ﾄｳｷｮｳﾄﾁｭｳｵｳｸｼﾝｶﾜ
住所：〒 104-0033
東京都中央区新川2-22-6

ﾌﾘｶﾞﾅ： ﾌｸｼｻﾁｺ
担当者： 福祉 幸子
TEL： 03-○○○○-○○○○

※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 宇井留 花子

宇井留看護専門学校之印

＜引受確認欄＞ 共済制度事務局使用

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

②賠償

(株)ﾒﾃﾞｨｸﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞｵﾌｨｽ FAX:0120-782279
「Will」事務局 行き E-mail:will-jiko@mbr.nifty.com
（破損物写真等の送付先アドレス）

2018年度用
② 賠償

②「Will」賠償 事故報告書

保険種目： 一般社団法人日本看護学校協議会共済会
総合生活保険（こども総合補償）

◇この事故報告書は郵送でなく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 18 年 4 月 13 日

★ 被保険者

ﾌﾘｶﾞﾅ：ｲﾘｮｳ ﾓﾓｺ
氏名： 医療 桃子
住所： 〒 ○○○-○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室
TEL: 090-○○○○-○○○○

生年月日：(西暦) 1999 年 4 月 10 日
男・(女)
※年齢： 19 歳
□ 教職員 ☑ 学生

→未成年の場合、☆親権者欄も記入
学科： 看護
学年： 1 年

☆ 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。
ﾌﾘｶﾞﾅ： ｲﾘｮｳ ｲﾁﾛｳ
親権者氏名： 医療 一朗
親権者住所： 〒 ○○○-○○○○
○○県○○市○○ 1 丁目○○-○○○

被保険者との関係： (父)・母 その他（ ）
TEL： ○○○-○○○○-○○○○

★ 被害者

該当被害者欄にチェック☑をつけ、氏名・施設名・住所・TELなどをご記入ください。

□ 養成施設(学校)：下記施設情報に同じ
□ 実習先の施設：（施設名）
☑ 患者：（氏名） 早久 なお子
□ その他：（氏名・施設名）

住所：〒 ○○○ - ○○○○
○○県○○市○○ 1 丁目○○-○○○
TEL: ○○○-○○○○-○○○○

年齢： 72 歳 男・(女)

★ 事故状況

事故日：(西暦) 2018 年 4 月 13 日 金曜日 午前・(午後) 2 時 30 分頃
事故場所： 東京 (都)・道 府・県 中央 (区)・市 郡 新川 2 丁目 22 付近
いずれかを○で囲んでください ⇒ （ 臨地実習中・学内・(学外) ）

自転車で歩道を直進中、自転車のカゴに入れてあった買い物袋が落ちそうになったため気を取られ、中央に寄ってしまい前方から歩いてきた歩行者に気づかず、衝突しケガを負わせてしまった。示談交渉サービスの利用を希望します。

※交通事故等の場合は、過失割合の算出に必要な為、②補足資料-賠償事故状況図もあわせてご提出ください。

★対物事故の場合、破損物について必ず下欄にご記入ください。

破損物名：		破損物の購入時期：	
破損物の購入時価格：¥	※修理：可 ・不可	修理費：¥	再購入費：¥

※修理見積書・写真を必ずご用意ください。（修理不可の場合は、修理不能証明書・再購入の見積書が必要になります）

≪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

ﾌﾘｶﾞﾅ： ｳｲﾙｶﾝｺﾞｾﾝﾓﾝｶﾞｯｺｳ
施設名： 宇井留看護専門学校
（学校名）
ﾌﾘｶﾞﾅ：ﾄｳｷｮｳﾄﾁｭｳｵｳｸｼﾝｶﾜ
住所：〒 104 - 0033
東京都中央区新川2-22-6

ﾌﾘｶﾞﾅ： ﾌｸｼｻﾁｺ
担当者： 福祉 幸子
TEL： 03-○○○○-○○○○

※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 宇井留 花子

宇井留看護専門学校之印

＜引受確認欄＞ 共済制度事務局使用

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

②賠償

（株）ﾒﾃﾞｨｸﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞｵﾌｨｽ FAX：0120-782279
「Will」事務局　行き E-mail：will-jiko@mbr.nifty.com
（破損物写真の送付先アドレス）

2018年度用
② 補・賠償状況図

②補足資料ー「Will」賠償事故状況図

※こちらの用紙は、主に交通事故における賠償事故報告時に、②賠償の用紙と共にご提出してください。

加入養成施設（学校）名：宇井留看護専門学校
被保険者氏名：医療 桃子

☆事故場所は番地までご記入ください。

1. 事故日：（西暦）20 18 年 4 月 13 日 金 曜日　午前・(午後)　2 時 30 分頃
2. 事故場所：東京 (都)・道府・県 中央 (区)・市郡 新川2丁目22
3. 交通手段：徒歩 ・ (自転車)　（※バイク・車の賠償はWillの補償対象外です）
4. ご連絡TEL：090-0000-0000　※日中に連絡の取れる番号を必ずご記入ください。
5. 最寄りの警察署への届出日：（西暦）20 18 年 4 月 13 日

＜お相手の情報＞

※未成年の場合 ⇒ 親権者の氏名：　連絡先TEL：

1. 相手氏名：早久 なお子 年齢：72　職業：
2. 交通手段 (徒歩) 自転車・バイク・車（乗用車・トラック）
3. 加入の保険会社名：　担当者名：　TEL：
4. 過失割合：（自分）　対　（相手）　※相手方の損害保険会社から提示された場合にご記入ください。
5. ケガの状況：頸椎損傷

＜記入上の注意事項＞

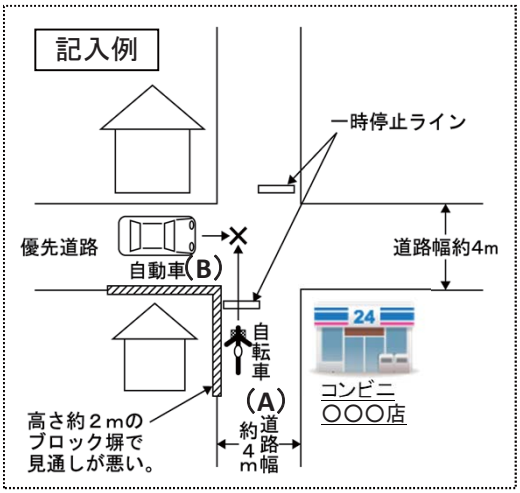
事故の発生状況（主に下記① ② ③）を、記入例を参考にして詳細に作成してください。

① 道路状況（道路幅、道路の勾配状況（下り坂・登り坂）、交差点、信号、道路標識の有無等）、あわせて目印となる建物（コンビニ等）があれば記入してください。

② 自分（A）と相手（B）の事故直前の位置

③ 自分（A）と相手（B）の接触時の位置

※ その他危険行為（無灯火・右側通行・スピードの出し過ぎ・片手運転・音楽プレーヤーを聞きながら・スマートフォン操作中等）も余白に書いてください。

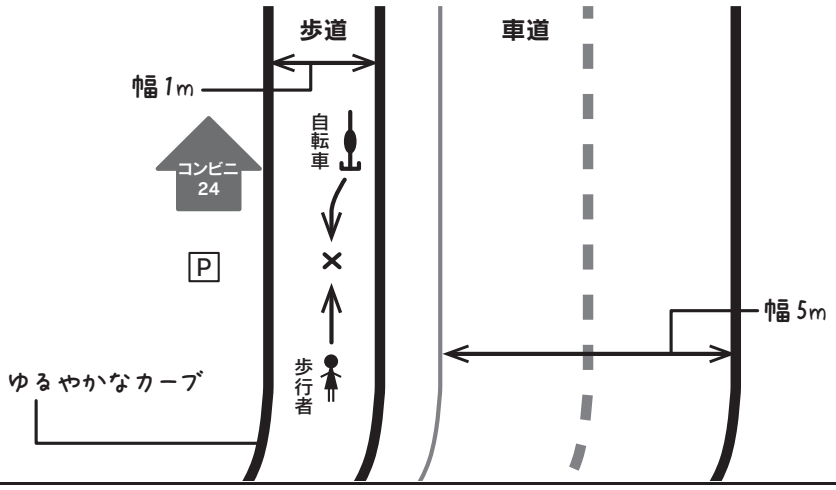


＜備考＞

損害賠償金は、相手方の損害額を算出し、過失割合分での支払いになる為、相手の損害額の全額を保険金で支払えない場合もございます。

★ 事故状況図：

示談交渉サービス
☑利用する ☐利用しない　：どちらかに☑してください。



（株）メディクプランニングオフィス　FAX：0120−782279
破損物写真等の送付先：E-mail：will−jiko@mbr.nifty.com

注
- 鍵の紛失（学生・教職員共通）は本紙
- 教職員の受託物の紛失は本紙
- 学生の受託物の紛失は⑥共済の用紙

2018年度用
③賠償（受託物）

③「Will」賠償（受託物）事故報告書

（預かり物（受託物）の損壊・紛失・盗取・詐取の場合）

保険種目：一般社団法人日本看護学校協議会共済会
総合生活保険（こども総合補償）

◇この事故報告書は郵送でなく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 18年 4月 23日

★被保険者

フリガナ：イリョウ モモコ
氏名：医療 桃子
住所：〒 ○○○-○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室
TEL：090-○○○○-○○○○

生年月日：（西暦）1999 年 4月 10日
（男・女）　※年齢：19 歳　→未成年の場合、☆親権者欄も記入
☐ 教職員　☑ 学生　学科：看護　学年：1 年

☆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
親権者氏名：医療 一朗
親権者住所：〒 ○○○-○○○○
○○県○○市○○ 1 丁目○○-○○○

被保険者との関係：（父・母）その他（　　）
TEL：○○○-○○○○-○○○○

★被害者

該当被害者欄に チェック ☑ をつけ、氏名・施設名・住所・TEL などをご記入ください。

☑ 養成施設：（学校）・・・下記≪★施設情報≫に同じ　住所：〒
☐ 実習先の施設：（名称）
☐ 患者：（氏名）　TEL：
☐ その他：　年齢：　歳　（男・女）

★事故状況

事故日：（西暦）20 18 年 4月 20日 金曜日 （午前・午後） 2 時 30分頃

事故場所：東京（都・道府・県） 中央（区・市郡） 宇井留病院内

●預かった状況：※下記 ㋐ ㋑ のどちらかを必ずご記入ください。

㋐ 4月 9日 10 時頃 ～ 4 月 20日 10 時頃まで　㋑（どこから） ～（どこまで）

●いずれかを○で囲んでください ⇒ （臨地実習中・学内・学外）

学校から実習のために借りていた水銀血圧計を
落としてしまい、 破損した。

●錠（シリンダー）交換の必要あり・なしを○で囲んでください ⇒ （あり・なし）

●損壊・紛失した、盗取・詐取された物（受託物）に関して必ず下欄に記入ください。

受託物名	水銀血圧計	受託物の購入時期	2017 年 4 月		
受託物の購入時価格	¥4,980-	※修理	（可）不可	修理費	¥2,160-
再購入費	¥				

盗難届出警察署名：　TEL：　受理No.：

※修理見積書・写真を必ずご用意ください。（修理不可の場合は、修理不能証明書・再購入の見積書が必要になります）

≪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：（学校名）宇井留看護専門学校
フリガナ：トウキョウトチュウオウクシンカワ
住所：〒 104 0033
東京都中央区新川2-22-6

フリガナ：フクシサチコ
担当者：福祉 幸子
TEL：03-○○○○-○○○○

※ 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　宇井留 花子　宇井留看護専門学校之印

＜引受確認欄＞ 共済制度事務局使用

整理No.	加入者証番号	受付No.	学校ID	Will1	Will2	Will3	Will3DX
−	18 −			教職員	通信	通信30	研修

③賠償（受託物）

(株)メディクプランニングオフィス
「Will」事務局 行き
FAX:0120-782279

2018年度用
④ 傷害伴う感染

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）

保険種目： 一般社団法人日本看護学校協議会共済会
総合生活保険（傷害補償・こども総合補償）

◇この事故報告書は郵送でなく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) 2018 年 4 月 14 日

★ 被保険者

おケガ(感染事故)をされた方の情報を記入ください。

生年月日：(西暦) 1999 年 4 月 10 日

フリガナ： イリョウ モモコ

男 ・ (女)

※年齢： 19 歳 →未成年の場合、☆親権者欄も記入

氏名： 医療 桃子

学科： 看護

学年： 1 年

住所： 〒 ○○○-○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室

TEL： 090-○○○○-○○○○

☆ 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

氏名： 医療 一朗

被保険者との関係： (父)・母 その他（ ）

住所： 〒 ○○○-○○○○
○○県○○市○○ 1 丁目○○-○○○

TEL： ○○○-○○○○-○○○○

★ 事故（ケガ）状況

事故日：(西暦) 2018 年 4 月 13日 金 曜日 時間： 午前 (午後) 2 : 30 頃

事故場所： 東京 (都)・道府・県 中央 (区)・市郡

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。

★ 治療状況

※初診日必須 = 入院・通院どちらかの開始日（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

(通院)（見込み）確定） 4 月 13 日 ～ 月 日

病院名： ※複数記入可 宇井留病院

担当医師名： 山田 すすむ

※針刺し事故での傷害通院日額の対応は、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。

傷病名： 針刺し・感染疑い

部位： 左手

≪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：（学校名） 宇井留看護専門学校

フリガナ： トウキョウトチュウオウクシンカワ

住所： 〒 104-0033
東京都中央区新川2-22-6

フリガナ： フクシサチコ

担当者： 福祉 幸子

TEL： 03-○○○○-○○○○

※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 宇井留 花子

宇井留看護専門学校之印

＜引受確認欄＞ 共済制度事務局使用

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

④傷害伴う感染

(株)ﾒﾃﾞｨｸﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞｵﾌｨｽ
「Will」事務局 行き FAX:0120-782279

2018年度用
⑤傷害伴わない感染

⑤「Will」傷害を伴わない感染事故報告書 （実習中・学生専用）

保険種目： 一般社団法人日本看護学校協議会共済会
総合生活保険（こども総合補償）

◇この事故報告書は郵送でなく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 18 年 4月 15日

★ 被保険者

感染事故にあわれた方の情報を記入ください。

フリガナ: イリョウ モモコ
氏名：医療 桃子
住所： 〒○○○-○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室
TEL： 090-○○○○-○○○○

生年月日：(西暦) 1999 年 4月 10日
男・(女)
※年齢： 19歳
→未成年の場合、☆親権者欄も記入
学科: 看護
学年: 1 年

☆ 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
氏名： 医療 一朗
住所： 〒○○○-○○○○
○○県○○市○○ 1 丁目○○-○○○

被保険者との関係： (父)・母 その他（ ）
TEL：○○○-○○○○-○○○○

★ 事故状況

事故日：(西暦) 20 18 年 4 月 13 日 金 曜日
時間： 午前・(午後) 2 : 30 頃

事故場所： 東京 (都)・道府・県 中央 (区)・市郡

実習施設名： 宇井留病院

※感染事故の状況を詳しくご記入ください。

実習中、受け持ちの患者さんがインフルエンザに罹っていたことが分かった。
濃厚接触をしていたため実習担当者の指示で検査を受けた。
感染はしていなかったが予防薬としてタミフルを処方された。

★ 治療状況

※初診日必須 = 入院・通院どちらかの開始日（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
(通院)（見込み）・確定） 4月 13日 ～ 月 日

病院名： ※複数記入可
宇井留病院
担当医師名： 山田 すすむ

※傷害を伴わない事故での通院日額は対象外になります。

傷病名： 感染疑い、検査・予防措置

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： ウイルカンゴセンモンガッコウ
施設名：（学校名） 宇井留看護専門学校

フリガナ： トウキョウトチュウオウクシンカワ
住所：〒 104-0033
東京都中央区新川2-22-6

フリガナ： フクシサチコ
担当者： 福祉 幸子
TEL：03-○○○○-○○○○

※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 宇井留 花子

宇井留看護専門学校之印

＜引受確認欄＞ 共済制度事務局使用

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

⑤傷害伴わない感染

(株)メディクプランニングオフィス
「Will」事務局 行き FAX:0120-782279

2018年度用
⑥ 共 済

⑥「Will」共済制度 事故報告書

種目:一般社団法人日本看護学校協議会共済会
共済制度

◇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。
★太枠欄にもれなくご記入ください。

報告日:(西暦) 2018 年 4 月 15 日

★被保険者

フリガナ: イリョウ モモコ
氏名: 医療 桃子
住所: 〒○○○ - ○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室
TEL: 090 - ○○○○ - ○○○○

生年月日:(西暦) 1999 年 4 月 10 日
(男・女) 年齢: 19 歳
☐ 教職員 ☑ 学生 学科: 看護
学年: 1 年

★事故内容

事故日:(西暦) 2018 年 4 月 13 日 金曜日 (午前・午後) 2 時 30 分頃
事故場所: 東京 (都・道府・県) 中央 (区・市郡) 宇井留病院
時間帯に **必ず** ○印をつけてください。⇒ (臨地実習中) ・ 学校管理下 ・ プライベートな時間 ・ その他( )

事故状況:

学校から実習のために借りていた
体温計を紛失した

＜受託物の紛失事故報告の際は以下にご注意ください＞
①学生「Will」の受託物の"紛失"は、
正課・学校行事目的の場合に限り、対応いたします。
②現金の盗難や紛失は対象外となります。

●感染請求の際には、下記項目も**必ず**ご記入ください。
①実習先で感染者との**濃厚接触の有無に○** ⇒ (あり・なし)
◇(あり)に○をつけ、**被保険者が学生の場合**は、
「⑤傷害を伴わない感染事故報告書」に濃厚接触があった事を明記し、
別途ご提出ください。
②**感染症と診断された日**: (西暦) 20 年 月 日
◇診断日が加入期間内であることが見舞金対応の条件です。
③感染症名:
◇対象感染症名は裏面の一覧表をご参照ください。
④診断を受けた医療機関名:

●物損請求の際には、下記項目も**必ず**ご記入ください。
① 破損物名: 体温計
② 被害者: (養成施設・実習先の施設・患者・その他( ))
③ 破損物の購入時価格: ¥ 1,490 (税込)
④ 破損物の購入時期: (西暦) 20 15 年 3 月 15 日
⑤ 修理可 ⇒ 修理費: ¥
⑥ 修理不可 ⇒ 再購入価格 ¥ 1,490 (税込)

≪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
(学校名)
フリガナ: トウキョウトチュウオウクシンカワ
住所: 〒 104-0033
東京都中央区新川2-22-6

フリガナ: フクシサチコ
担当者: 福祉 幸子
TEL: 03-○○○○-○○○○

※ 共済制度事務局より施設のご担当者様宛に共済見舞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 宇井留 花子
宇井留看護専門学校之印

＜引受確認欄＞
共済制度事務局が記入

整理No.			加入者証番号		受付No.	学校ID	
—			18—				
Will1	Will2	Will3	Will3DX	教職員	通信30	通信60	研修

共済感染学生	共済感染教職員	
11★ 1-①日額+治療	21☆ **感染教職員1**	31◆●その他1 賠償対象外
12● 1-②治療(通)	23● 2-(1) 検査+治療	32◆●その他2 熱中食中
13● 1-③検+治(研)	23● 2-(2)-① 実習先	33◆●その他3 予期せぬ
14● 2-① 実習先	24● 2-(2)-② 学内	34◆●その他4 災害
15● 2-② 学内	25● 2-(2)-③ 見舞	35● その他5 弔慰
16● 2-③ 見舞		36● その他6 紛争
		37◆●その他7

(a)その他内容
A.医療実費 ●
B.画像診断 ●
C.検査代 ●
D.損害実費 ◆●
E.自由記入◆●
差額／

(b)費用種類
あ.時価額
い.購入時価格
う.再購入価格
え.限度額
お.修理費
か.自由記入

	診断書
	領収書(診療)
	診療明細書
	領収書(調剤)
	調剤明細書
	罹患証明書類

用紙種類
★ ア. 感染学生1
☆ イ. 感染教職員1
● ウ. 共通
◆ エ. D損害実費

(株)ﾒﾃﾞｨｸﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞｵﾌｨｽ
「Will」事務局 行き FAX:0120-782279

2018年度用
⑥ 共 済

⑥「Will」共済制度 事故報告書

種目:一般社団法人日本看護学校協議会共済会
共済制度

◇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。
★太枠欄にもれなくご記入ください。

報告日:(西暦) 2018 年 4 月 15 日

★被保険者

ﾌﾘｶﾞﾅ: イリョウ モモコ
氏名: 医療 桃子
住所: 〒 ○○○ - ○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室
TEL: 090-○○○○-○○○○

生年月日:(西暦) 1999 年 4 月 10 日
(男・女) 年齢: 19 歳
☐ 教職員 ☑ 学生 学科: 看護
学年: 1 年

★事故内容

事故日:(西暦) 2018 年 4 月 13 日 金 曜日 (午前・午後) 2 時 30 分頃

事故場所: 東京 (都・道・府・県) 中央 (区・市・郡)

時間帯に **必ず** ○印をつけてください。⇒ (臨地実習中 ・ 学校管理下 ・ プライベートな時間 ・ その他( ))

事故状況:

どこで感染したか不明だが、
インフルエンザに罹患し、
発症してしまった。
治療のため、2日間通院した。

＜受託物の紛失事故報告の際は以下にご注意ください＞
①学生「Will」の受託物の"紛失"は、
正課・学校行事目的の場合に限り、対応いたします。
②現金の盗難や紛失は対象外となります。

●感染請求の際には、下記項目も**必ず**ご記入ください。
①実習先で感染者との**濃厚接触の有無に○** ⇒ (あり ・ なし)
◇(あり)に○をつけ、**被保険者が学生の場合**は、
「⑤傷害を伴わない感染事故報告書」に濃厚接触があった事を明記し、
別途ご提出ください。
②**感染症と診断された日**: (西暦) 20 18 年 4 月 13 日
◇診断日が加入期間内であることが見舞金対応の条件です。
③感染症名: インフルエンザA型
◇対象感染症名は裏面の一覧表をご参照ください。
④診断を受けた医療機関名: 宇井留病院

●物損請求の際には、下記項目も**必ず**ご記入ください。
① 破損物名:
② 被害者: (養成施設・実習先の施設・患者・その他( ))
③ 破損物の購入時価格: ¥
④ 破損物の購入時期: (西暦) 20 年 月 日
⑤ 修理可 ⇒ 修理費: ¥
⑥ 修理不可 ⇒ 再購入価格 ¥

≪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

ﾌﾘｶﾞﾅ: 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
(学校名)
ﾌﾘｶﾞﾅ: トウキョウトチュウオウクシンカワ
住所: 〒 104-0033
東京都中央区新川2-22-6

ﾌﾘｶﾞﾅ: フクシサチコ
担当者: 福祉 幸子
TEL: 03-○○○○-○○○○

※ 共済制度事務局より施設のご担当者様宛に共済見舞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 宇井留 花子

宇井留看護専門学校之印

＜引受確認欄＞
共済制度事務局が記入

整理No.			加入者証番号		受付No.	学校ID	
—			18—				
Will1	Will2	Will3	Will3DX	教職員	通信30	通信60	研修

共済感染学生	共済感染教職員	
11★ 1-①日額+治療	21☆ **感染教職員1**	31◆●その他1 賠償対象外
12● 1-②治療(通)	23● 2-(1) 検査+治療	32◆●その他2 熱中食中
13● 1-③検+治(研)	23● 2-(2)-① 実習先	33◆●その他3 予期せぬ
14● 2-① 実習先	24● 2-(2)-② 学内	34◆●その他4 災害
15● 2-② 学内	25● 2-(2)-③ 見舞	35● その他5 弔慰
16● 2-③ 見舞		36● その他6 紛争
		37◆●その他7

(a)その他内容
A.医療実費 ●
B.画像診断 ●
C.検査代 ●
D.損害実費 ◆●
E.自由記入◆●
差額／

(b)費用種類
あ.時価額
い.購入時価格
う.再購入価格
え.限度額
お.修理費
か.自由記入

	診断書
	領収書(診療)
	診療明細書
	領収書(調剤)
	調剤明細書
	罹患証明書類

用紙種類
★ ア. 感染学生1
☆ イ. 感染教職員1
● ウ. 共通
◆ エ. D損害実費