

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

破損物写真等の送付先:E-mail: will-jiko@mbr.nifty.com

2019年度用

② 賠償

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)

② 「Will」 賠償 事故報告書

◇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 19年 4月 22日

★被保険者	フリガナ: イリョウ モモコ	生年月日: (西暦) 2000年 4月 10日
	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
	住所: 〒0000-0000 東京都00区001-2-3 000アパート0号室	<input type="checkbox"/> 教職員 <input checked="" type="checkbox"/> 学生 学科: 看護 学年: 1年
	TEL: 090-0000-0000	

★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: 〒0000-0000 00県00市001丁目00-000	TEL: 000-0000-0000

★被害者	該当被害者欄に チェック <input checked="" type="checkbox"/> をつけ、氏名・施設名・住所・TEL などをご記入ください。 (被害者 = 破損物の所有者や傷害を負ったお相手)	
	<input type="checkbox"/> 養成施設:(学校)・・・下記<★施設情報>に同じ	住所: 〒0000-0000 00県00市001丁目00-000
	<input type="checkbox"/> 実習先の施設:(施設名)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 患者:(氏名)フルネームでご記入下さい 早久 なお子	TEL: 000-0000-0000
	<input type="checkbox"/> その他:(氏名・施設名)	年齢: 72 歳 (男・女)

★事故状況	事故日: (西暦) 20 19年 4月 19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 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、過失割合の算定に必要な為、「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:¥

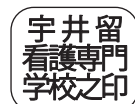
◇「修理見積書」・「写真」を必ずご用意ください(修理不可の場合は、「修理不能証明書」・「再購入の見積書」が必要になります)。

<<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	フリガナ: ウイルカンゴセンモンガッコウ	フリガナ: フクシサチコ
	施設名: 宇井留看護専門学校 (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)
代表者名 宇井留 花子



<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
-	19 -			教職員	通信30	通信60	研修

②賠償