（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

2019年度用
① 傷害

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）

①「Will」傷害 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。
◇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）2019年 4月 22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。

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）2000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

※負傷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：○○○-○○○○-○○○○

★事故（ケガ）状況

事故日：(西暦) 2019年 4月 19日 (金)曜日　時間：(午前)・午後　8時 30分頃

事故場所：東京 (都・道府・県) 中央 (区・市郡) ○○駅付近

※どのようにケガをされたのか、
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。

受傷時の乗り物：
（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。

◇傷害事故報告の場合、「②補足資料-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、賠償はWillの補償対象外になります。

★ケガをした時間帯に○をつけて下さい。

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

★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
(通院)（(見込み)・確定）　4月 19日 ～　月　日

※複数記入可
病院名：宇井留整骨院
担当医師名：山田 すすむ

後遺障害(見込み)：（ あり ・ なし ）← 報告時にご不明の場合は、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-○○○○-○○○○

※ 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。
	上記事故は実習中・学校管理下以外のﾌﾟﾗｲﾍﾞｰﾄ中に発生したことを確認します。

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 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

①傷害

(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

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) 2019年 4月 22日

★被保険者

ﾌﾘｶﾞﾅ: イリョウ モモコ
氏名: 医療 桃子
生年月日:(西暦) 2000年 4月 10日
(男・(女)) 年齢: 19歳 → 未成年の場合、☆親権者欄も記入
住所: 〒○○○-○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室
☐ 教職員 ☑ 学生 学科: 看護 学年: 1年
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
被保険者との関係:((父)・母・その他( ))
親権者氏名: 医療 一朗
親権者住所: 〒○○○-○○○○
○○県○○市○○1丁目○○-○○○
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。
(**被害者** = 破損物の所有者や傷害を負ったお相手)

☑ 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)フルネームでご記入下さい
☐ 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) 2019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: パルスオキシメーター		破損物の購入時期: 2016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-○○○○-○○○○

※ 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

養成施設(学校)
代表者名

上記の事故が発生したことを確認します。
宇井留 花子
(宇井留看護専門学校之印)

＜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
−	19 −			教職員	通信30	通信60	研修

②賠償

(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

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) 2019年 4月 22日

★被保険者

ﾌﾘｶﾞﾅ: イリョウ モモコ
氏名: 医療 桃子
(男・(女))
生年月日:(西暦) 2000年 4月 10日
年齢: 19 歳 → 未成年の場合、☆親権者欄も記入
住所: 〒○○○-○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室
☐ 教職員 ☑ 学生 学科: 看護 学年: 1年
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
被保険者との関係:((父)・母・その他( ))
親権者氏名: 医療 一朗
親権者住所: 〒○○○-○○○○
○○県○○市○○1丁目○○-○○○
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。
(**被害者** = 破損物の所有者や傷害を負ったお相手)

☐ 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)フルネームでご記入下さい 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) 2019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
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

養成施設(学校)
代表者名: 宇井留 花子

上記の事故が発生したことを確認します。

宇井留看護専門学校之印

＜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
−	19 −			教職員	通信30	通信60	研修

②賠償

(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

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) 2019年 4月 22日

★被保険者

ﾌﾘｶﾞﾅ: イリョウ モモコ
氏名: 医療 桃子
(男・(女))
生年月日:(西暦) 2000年 4月 10日
年齢: 19 歳 → 未成年の場合、☆親権者欄も記入
住所: 〒○○○-○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室
☐ 教職員 ☑ 学生 学科: 看護 学年: 1年
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
被保険者との関係:((父)・母・その他( ))
親権者氏名: 医療 一朗
親権者住所: 〒○○○-○○○○
○○県○○市○○1丁目○○-○○○
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。
(**被害者** = 破損物の所有者や傷害を負ったお相手)

☐ 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)フルネームでご記入下さい
☑ その他:(氏名・施設名) 早久 なお子

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

★事故状況

事故日:(西暦) 2019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-○○○○-○○○○

※ 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

養成施設(学校)
代表者名
上記の事故が発生したことを確認します。
宇井留 花子
宇井留看護専門学校之印

＜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
−	19 −			教職員	通信30	通信60	研修

②賠償

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

2019年度用
②補・賠償状況図

② 補足資料 -「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作成し、②賠償事故報告書に添付してください。

＜被保険者情報＞

・加入養成施設(学校)名: 宇井留看護専門学校
・被保険者(本人)氏名: 医療 桃子

1. 事故日: (西暦)20 19年 4月 19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
   ☆事故場所の住所は、番地まで記入してください。
3. 交通手段: (徒歩・(自転車)) ◇バイク・車による賠償事故は「Will」の補償対象外です。
4. ケガの状態:
5. 連絡先TEL: 090-○○○○-○○○○ ◇日中に連絡の取れる番号を必ず記入してください。
6. 最寄りの警察署への届出日: (西暦)20 19年 4月 19日

＜お相手の情報＞

1. 氏　名: 早久なお子　職業:
   年　齢: 72歳 (※未成年者の場合記入⇒ 親権者氏名: 連絡先TEL:)
2. 交通手段: ((徒歩)・自転車・バイク・車(乗用車・トラック)・その他( ))
3. ケガの状態: 頸椎損傷
4. 加入の保険会社名: 担当者名: TEL:
5. 相手方保険会社提示の過失割合:〔相手〕 対 〔被保険者〕

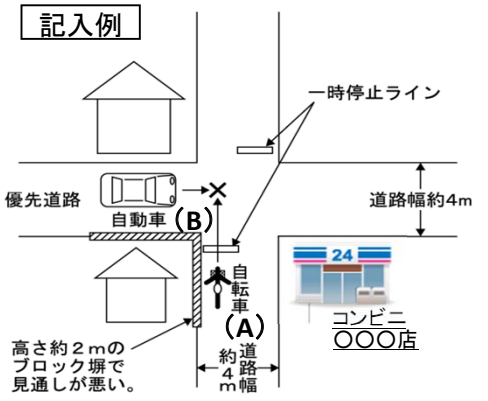
＜事故状況図＞

ご記入時の注意事項: 事故の発生状況 を(主に下記項目①、②、③について)、右図記入例を参考に、詳細に記入してください。

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)も余白に記入してください。

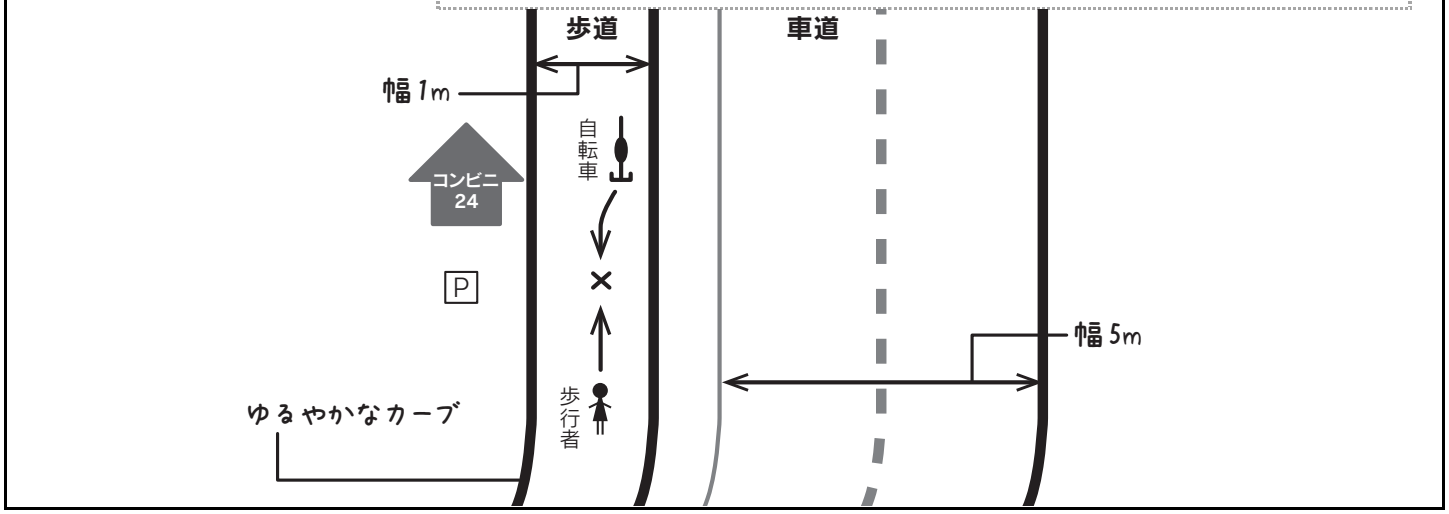
※ 損害賠償金は、相手方の損害額を算出し、過失割合分での支払いになる為、相手の損害額の全額を保険金で支払えない場合もございます。

記入例



★ 事故状況図

★ 示談交渉サービスについて: (☑利用する / ☐利用しない)
◇どちらかを必ず選び☑チェックをつけてください。



②補・状況図

(株)ﾒﾃﾞｨｸﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞｵﾌｨｽ　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

2019年度用
③賠償(受託物)

③「Will」賠償(受託物)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)

(預かり物(受託物)の損壊・紛失・盗取・詐取の場合)

◇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) 2019年 4月 22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) 2000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。
フリカ゛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。
(**被害者** = 破損物の所有者や傷害を負ったお相手)

☑ 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)フルネームでご記入下さい　TEL:
☐ その他:　年齢:　歳　(男・女)

★事故状況

事故日:(西暦) 2019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 8日 10時頃 ～ 4月 19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ご記入ください。

受託物名	受託物の購入時期		
血圧計	2016年 3月 15日		
受託物の購入時価格:¥4,980-(税込)	修理:(**可**・(**不可**))	修理費:¥	再購入費:¥4,980-(税込)

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-○○○○-○○○○

※ 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 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

③賠償(受託物)

（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

2019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）

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）2019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
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）2000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
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：○○○-○○○○-○○○○

★事故（ケガ）状況

事故日：（西暦）2019年　4月　19日　金曜日　　時間：（午前・午後）　2時　30分頃

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。

★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
（通院）（見込み）・確定）　4月　19日 ～ 月　日

※複数記入可
病院名：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、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：針刺し・感染疑い
受診内容：（検査）・予防措置・（傷の治療）　※該当項目に○印

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 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

④傷害を伴う感染

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

2019年度用
⑤ 傷害を伴わない感染

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）2019年 4月 22日

★被保険者

※感染事故にあわ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
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）2000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
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：○○○-○○○○-○○○○

★事故状況

事故日：（西暦）20 19年 4月 19日 金曜日　時間：（午前・(午後)） 2時 30分頃
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 19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

◇［傷害を伴わない感染事故］の場合、検査・予防のための通院日額は、対象外となります。

感染症（疑）名：インフルエンザ感染疑い
受診内容：（(検査)・(予防措置)・治療）　※該当項目に○印
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 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

⑤傷害を伴わない感染

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

2019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）2019年 4月 22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）2000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）2019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：
◇対象感染症名は別紙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 16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
-			19ー			
Will1	Will2	Will3	Will3DX	教職員	通信30	通信60	研修

	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
◎ オ. インフル学生

共済感染学生	共済感染教職員
11★ 1-(1)-① 日額+治療	21☆ **感染教職員1**
12● 1-(2) 治療（通）	22● 2-(2) 検査+治療
13● 1-(3) 検+治（研）	23● 2-(3)-① 実習先
14● 2-① 実習先	24● 2-(3)-② 学内
15● 2-② 学内	25● 2-(3)-③ 見舞
16● 2-③ 見舞	
17◎ 1-(1)-② 定額	

31◆●その他1 賠償対象外
32◆●その他2 熱中食中
33◆●その他3 予期せぬ
34◆●その他4 災害
35● その他5 弔慰
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

⑥共済

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

2019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）2019年 4月 22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）2000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）2019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、
嘔吐と下痢の症状がでたため受診し、
感染性胃腸炎と診断された。
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 19年 4月 19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：感染性胃腸炎
◇対象感染症名は別紙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	
－			19－			
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)-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）	22● 2-(2) 検査+治療	32◆●その他2 熱中食中
13● 1-(3) 検+治（研）	23● 2-(3)-① 実習先	33◆●その他3 予期せぬ
14● 2-① 実習先	24● 2-(3)-② 学内	34◆●その他4 災害
15● 2-② 学内	25● 2-(3)-③ 見舞	35● その他5 弔慰
16● 2-③ 見舞		36● その他6 紛争
17◎ 1-(1)-② 定額		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
◎ オ. インフル学生

インフルエンザ罹患（学生・通院専用）　報告書記入例

自筆でなくても構いません（代筆可）。
事故状況は、なるべく詳しくご記入ください。

養成施設に記入・捺印していただく欄になります。

請求金額がご不明の場合は、未記入のままでも構いません。事務局にて加入タイプを確認し、該当する定額見舞金をお支払いします。

⑦ インフルエンザ　学生・通院専用　　郵送 してください（1.本紙＋2.罹患証明書類）　　2019年度用 ⑦共済 インフルエンザ学生

（「Will」事故報告書　兼　共済見舞金請求書）　入院を伴う場合⑥共済制度事故報告書をご利用ください

《事故報告欄》　別紙記入例を参照の上、もれなくご記入ください　　報告日：（西暦）2019年 4月 30日

被保険者
フリガナ：イリョウ モモコ
氏名：医療 桃子
生年月日：（西暦）2000年 4月 10日　学科：看護
（男・女）　年齢：19歳　学年：1年

事故内容
感染した時間帯：臨地実習中　学校管理下　プライベート中
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。
予防接種（有）・無）⇒直近の接種日（2018年 11月 5日）
実習先で感染者との濃厚接触：あり・なし
（「あり」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）
インフルエンザの種類：A型・B型・不明
診断日：2019年 4月 19日
診断を受けた医療機関名：宇井留病院

≪施設（学校）情報・事故確認欄≫

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
※部署名等 必要な場合は、必ずご記入ください
フリガナ：フクシサチコ
担当者：福祉 幸子
TEL：03-○○○○-○○○○

★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　※必ず捺印ください　宇井留看護専門学校之印

《請求欄》　加入期間中にインフルエンザに罹患したことを医師によって診断された場合に、お支払い対象となります

被保険者（請求者）
住所 〒○○○-○○○○　TEL 090-○○○○-○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室
フリガナ：イリョウ モモコ
氏名：医療 桃子　※必ずご捺印ください　医療

加入タイプに☑
	Will 1	6,500円
✓	Will 2	7,000円
	Will 3	8,000円
	Will 3DX	10,000円

本事故につき、共済見舞金 7,000 を請求いたしますので、下記支払指図の通りお支払いください。
下記に記載の金融機関への振込をもって支払がなされたものと認めます。

ご請求に必要な書類（1.と2.を同送してください）

1. 本紙 … ⑦インフルエンザ　学生・通院専用　（「Will」事故報告書　兼　共済見舞金請求書）
2. インフルエンザ罹患 と 診断日 が記載された証明書類（いずれか1点・コピー可）

	診断書・治癒証明・登校許可証	医療機関発行のもの（"疑い"と記載がある場合は対象外）
	検査結果（陽性＋）	学生の氏名・診断日・感染症名が入った医療機関発行のもの
✓	調剤明細書またはお薬手帳の処方内容	治療のために処方された抗インフルエンザ薬※1が記載された医療機関発行のもの

送付書類に☑をつけてください
※1 イナビル・タミフル・リレンザ・ゾフルーザ・ラピアクタ及びこれらのジェネリック医薬品
上記証明書類についてご不明な点がございましたらWill事務局（TEL：0120-863755）までお問い合わせください

《共済見舞金振込先》※ゆうちょ銀行口座をお持ちの方は、出来るだけゆうちょ銀行をご指定ください。

ゆうちょ銀行
記号（6桁目がある場合※に記入）：1 0 1 2 0　※　番号8桁（右づめ記入）：0 1 2 3 4 5 6 1

銀行・労働金庫 / 信用金庫・信用組合 / 農協・漁協　本店 / 支店 / 出張所
金融機関番号　店舗番号　預金項目：普通（総合）1 / 当座 2　口座番号（右づめ記入）

口座名義人　フリガナ：イリョウ モモコ　氏名：医療 桃子

＜個人情報の取り扱いについて＞ 本紙によりお預かりした個人情報は、ご請求のあった見舞金の内容確認と見舞金の算定以外に利用する事はありません

引受確認「事務局用」　整理No.　19-　受付No.　学校ID　1 2 3 3DX　17.オ　⑦共済

☆お支払いする共済見舞金は加入タイプ別の定額見舞金です。
☆医療費・文書料等の実費のお支払いはありません。

ご加入のWillタイプは「会員証兼加入者証」のこちらの箇所に印字されています。