

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。

★：必須

報告日：(西暦) 20 年 月 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) 年 月 日
	フリガナ：	年齢： 歳 → 未成年(18歳未満)の場合、★親権者欄も記入
	氏名：	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 研修用 <input type="checkbox"/> 学生 学科：
	TEL：	学年：
	住所：〒	

★ 親権者	※負傷者が未成年者の場合は、この欄もご記入ください。	被保険者との関係：(父・母・その他())
	フリガナ：	
	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	★ ケガをした時間帯に ○をつけて下さい。
	事故場所： 都・道 区・市 府・県 郡		臨地実習中 (在宅実習の移動中を含む)
	受傷時の乗り物：(車・バイク・自転車)		自宅⇄実習先間移動中
	何をしている時		学校⇄実習先間移動中
	何が起きて		登校中 下校中
	どのようになったか		休み時間 学内演習中
	今回のケガは、脳疾患、疾病または心神喪失によって生じたものですか。(はい・いいえ) ←はいの場合は補償対象外		放課後 学校行事中
	過去に、脳疾患、疾病または心神喪失によって生じたケガで医師の治療を受けたことはありますか。(はい・いいえ)		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

※上記のご回答に関し、事故状況や診断内容について詳細を確認させていただくことがございます。

★ 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：
	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	部位： 頭・歯・首・肩・胸・腰・右腕・左腕・右足・左足	
脱臼・火傷・その他()	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：	フリガナ：
	施設名：(学校名)	担当者：
	住所：〒	TEL：
		※ 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	上記事故は実習中(自宅⇄実習先の道中含む)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。
	上記事故は学校管理下(登下校中含む)に発生したことを確認します。	
	上記事故は実習中・学校管理下以外の時間帯に発生したことを確認します。	
	養成施設(学校) 代表者名	①

事務局 記入	整理No.	Will	Will1	Will2	Will3	Will3DX
			教職員	通信30	通信60	研修
保険会社の担当者からの連絡は(代理店・施設担当者・被保険者)へ						