

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

おケガをされた方に関する記入欄になります。自筆じゃなくても構いません(代筆可)。

★ 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) 20××年 ××月 ××日
	フリガナ： イリョウ モモコ	年齢： ×× 歳 → 未成年(18歳未満)の場合、★親権者欄も記入
	氏名： 医療 桃子	<input type="checkbox"/> 教職員 <input checked="" type="checkbox"/> 研修用 <input type="checkbox"/> 学生 学科：
	TEL： 090-0000-0000	学年：
	住所：〒 000-0000 東京都○○区○○1-2-3 ○○○ ○○○号室	

負傷者が18歳未満の場合は、必ず親権者欄にご記入をお願いします。

★ 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。	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) 8時 30分頃	★ケガをした時間帯に○をつけて下さい。
	事故場所： 東京 都道府県 中央 市区町村 ○○駅付近		<input type="radio"/> 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)		<input type="checkbox"/> 自宅⇔実習先 間移動中
	何をしている時 研修先病院の階段を下りる際に		<input type="checkbox"/> 学校⇔実習先 間移動中
	何が起きて 階段を踏み外し		<input type="checkbox"/> 登校中 <input type="checkbox"/> 下校中
	どのようになったか 左足首をひねってしまった。		<input type="checkbox"/> 休み時間 <input type="checkbox"/> 校内演習中
	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		<input type="checkbox"/> 放課後 <input type="checkbox"/> 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がありますか。(はい・いいえ)		<input type="checkbox"/> 授業中(体育以外)
	※上記の回答に関し、事故状況や診断内容について詳細を確認させていただいております。		<input type="checkbox"/> 体育の授業中
			<input type="checkbox"/> 部活・サークル活動中
			<input type="checkbox"/> プライベート <input type="checkbox"/> その他

初診日を記入し、治療継続中の場合は「見込み」に○をつけてください。

★ 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： 宇井留病院
	通院(見込み・確定) ○○月 ○○日 ~ 月 日	担当医師名： 山田 すずむ
	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	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()

養成施設で記入・捺印していただく欄になります。

＜施設(学校)情報・事故確認欄＞ 下記★項目にもれなくご記入・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	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2-2-2	※ 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	<input type="checkbox"/> 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。
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	
	<input type="checkbox"/> 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 校長 宇井留 花子	宇井留看護専門学校之印

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						

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。

② 賠償

(株)メディア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

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 報告日: (西暦) 20××年 ○○月 ○○日

★ 被 保 険 者	フリガナ: イリョウ モモコ	生年月日: (西暦) 20××年 ××月 ××日	
	氏名: 医療 桃子	年齢: ××歳 → 未成年(18歳未満)の場合、★親権者欄も記入	
	TEL: 090-0000-0000	<input type="checkbox"/> 教職員 <input checked="" type="checkbox"/> 研修用 <input type="checkbox"/> 学生	学科:
	住所: 〒000-0000		学年:
	東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室		

★ 親 権 者	被保険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:	TEL:
	親権者住所: 〒		

★ 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 checked="" type="checkbox"/> 養成施設:(学校)・・・下記★施設情報>に同じ	住所: 〒	
	<input type="checkbox"/> 実習先の施設:(施設名)	TEL: _____	
	<input type="checkbox"/> 患者:(氏名)フルネームでご記入下さい	年齢: _____ 歳 (男・女)	
	<input type="checkbox"/> その他:(氏名・施設名)		

★ 事 故 状 況	事故日: (西暦) 20××年 ○○月 ○○日 △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)

研修中、水温計を落下させ破損させてしまった。

破損に至った原因・状況を詳しくご記入ください。

◇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。** (税抜)(税込)いずれか記入

破損物名: 水温計	購入当時の年月日: 20××年3月15日	購入当時の価格: ¥ _____ (税抜)	購入当時の価格: ¥ 550 (税込)
修理: (可・ 不可)	修理費: ¥ _____ (税抜)	同じ物または同等品の再購入価格: ¥ _____ (税抜)	同じ物または同等品の再購入価格: ¥ 550 (税込)

◇保険金請求までに「破損物の写真」・「修理見積書」(修理不可の場合は、「修理不能証明書」・「再購入の見積書」)を必ずご用意ください。
◇保険金のお支払いは原則時価額限度です。支払われる保険金は、必ずしも請求金額の全額ではありませんので予めご了承ください。
修理・再購入する前に保険対応金額を確認ご希望の場合は、上記書類をこの報告書と一緒に提出の上、対応金額連絡希望と書き添えてください。

★**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ワ	TEL: 03-0000-0000	
	住所: 〒104 - 0033 東京都中央区新川 2-22-2	※ 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	校長 宇井留 花子

事務局 記入	整理No.	Will	Will1	Will2	Will3	Will3DX	②賠償
			教職員	通信30	通信60	研修	

被保険者が18歳未満の場合は、必ず親権者欄のご記入をお願いします。

被害者が個人の場合は、フルネームでご記入ください。

補償金額の算定に必要な項目です。

養成施設で記入・捺印していただく欄になります。

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。

(株)メイワ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

②賠償

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

報告日：(西暦) 20××年 〇〇月 〇〇日

★ 被 保 険 者	フリガナ: イリョウ モモコ	生年月日: (西暦) 20××年 ××月 ××日
	氏名: 医療 桃子	年齢: ×× 歳 → 未成年(18歳未満)の場合、★親権者欄も記入
	TEL: 090-0000-0000	<input type="checkbox"/> 教職員 <input checked="" type="checkbox"/> 研修用 <input type="checkbox"/> 学生 学科:
	住所: 〒 000-0000 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇 〇〇〇号室	学年:

被保険者が18歳未満の場合は、必ず親権者欄のご記入をお願いします。

★ 親 権 者	被保険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: TEL:
	親権者住所: 〒

被害者が個人の場合は、フルネームでご記入ください(必須)。
※住所・TEL・年齢についてはわかる範囲で構いません。

★ 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: 〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇1丁目〇〇-〇〇〇
	<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××年 〇〇月 〇〇日 △曜日 (午前・ 午後) 2 時 30 分頃
	事 故 場 所: 東京 <small>都</small> 中央 <small>区</small> 市 宇井留病院 <small>内</small>
	いずれかを○で囲んでください ⇒ (臨地実習中 ・学内・学外)
	研修中、患者さんを車椅子からベッドへ移乗する際、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。

ケガの状況などをなるべく詳しくご記入ください。

★**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。** <税抜><税込>いずれか記入

破損物名:	購入当時の年月日:	購入当時の価格: ¥	<税抜>
		¥	<税込>
修理: (可・不可)	修理費: ¥	<税抜>	同じ物または同等品の再購入価格: ¥
		<税込>	¥

◇保険金請求までに「破損物の写真」・「修理見積書」(修理不可の場合は、「修理不能証明書」・「再購入の見積書」)を必ずご用意ください。

◇保険金のお支払いは原則時価限度です。支払われる保険金は、必ずしも請求金額の全額ではありませんので予めご了承ください。

修理・再購入する前に保険対応金額を確認ご希望の場合は、上記書類をこの報告書と一緒にご提出の上、対応金額連絡希望と書き添えてください。

<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: ウイー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ワ	TEL: 03-0000-0000
	住所: 〒 104-0033 東京都中央区新川2-22-2	※ 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。

養成施設で記入・捺印していただく欄になります。

★ 事 故 確 認 欄	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
養成施設(学校) 代表者名	校長 宇井留 花子	

事務局記入	整理No.	Will	Will1	Will2	Will3	Will3DX	②賠償
			教職員	通信30	通信60	研修	

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。

(株)ディク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

② 賠償

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保管してください。

★：必須 報告日：(西暦) 20××年 〇〇月 〇〇日

★被保険者
フリカナ: イリョウ モモコ 生年月日: (西暦) 20××年 ×月 ××日
氏名: 医療 桃子 年齢: ××歳 → 未成年(18歳未満)の場合、★親権者欄も記入
TEL: 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 教職員 研修用 学生 学科:
住所: 〒〇〇〇-〇〇〇〇 研修用 学生 学年:
東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇〇アパート〇号室

★親権者
被保険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())
フリカナ: _____
親権者氏名: _____ TEL: _____
親権者住所: 〒 _____

★被害者
該被害者欄に 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★施設情報へと同じ 住所: 〒〇〇〇-〇〇〇〇
 実習先の施設:(施設名) 〇〇県〇〇市〇〇1丁目〇〇-〇〇〇
 患者:(氏名)フルネームでご記入下さい TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
 その他:(氏名・施設名) 早久 なお子 年齢: 72歳 (男・女)

★事故状況
事故日:(西暦) 20××年 〇〇月 〇〇日 △曜日 (午前・午後) 2時 30分頃
事故場所: 東京 〇〇区 〇〇市 新川2丁目22付近
いずれかを〇で囲んでください ⇒ (臨地実習中・学内・学外)
自転車にて研修先へ向かう途中、歩行者と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。(税抜)(税込)いずれか記入
破損物名: _____ 購入当時の年月日: _____ 購入当時の価格: ¥ _____ (税抜)
修理: (可・不可) 修理費: ¥ _____ (税抜) 同物または同等品の再購入価格: ¥ _____ (税抜)

◇保険金請求まで「破損物の写真」「修理見積書(修理不可の場合は、「修理不能証明書」「再購入の見積書」を必ずご用意ください)。
◇保険金のお支払いは原則時価額限度です。支払われる保険金は、必ずしも請求金額の全額ではありませんので予めご了承ください。
修理・再購入する前に保険対応金額を確認ご希望の場合は、上記書類をこの報告書と一緒にご提出の上、対応金額連絡希望と書き添えてください。

★施設情報
フリカナ: ワイルカンゴセンモンガッコウ フリカナ: フクンサチコ
施設名: 宇井留看護専門学校 担当者: 福祉 幸子
(学校名) TEL: 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
フリカナ: トウキョウトチュウオウクシンカフ
住所: 〒104-0033 ※ 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。
東京都中央区新川2-22-2 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 校長 宇井留 花子

被保険者が18歳未満の場合は、
必ず親権者欄のご記入をお願いします。

被害者が個人の場合は、
フルネームでご記入ください。

養成施設で
記入・捺印していただく欄
になります。

Will	Will1	Will2	Will3	Will3DX	②賠償
	教職員	通信30	通信60	研修	

(株)ディク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

②補-賠償状況図

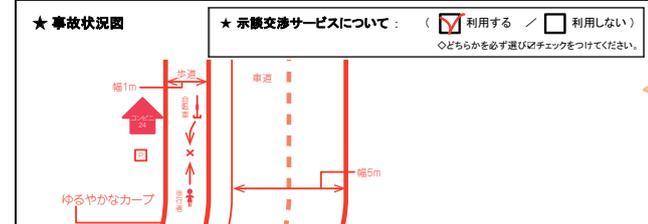
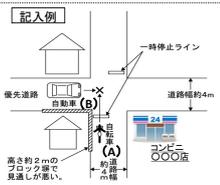
② 補足資料 - 「Will」賠償事故状況図

※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××年 〇〇月 〇〇日 △曜日 (午前・午後) 2時 30分頃
2. 事故場所: 東京 〇〇区 〇〇市 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: ケガなし
5. 連絡先TEL: 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ◇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××年 〇〇月 〇〇日

<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: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
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: ○× 保険 担当者名: △△△ TEL: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
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(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・音楽プレイ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。



②補-状況図

過失割合算出のため、以下情報をご記入ください。

- 道路状況
- 被害者と事故直前の位置
- 被害者と接触時の位置
- その他危険行為 等

sample 2-b

- ②訪問看護で使用するために研修先病院から借りていた血圧計を破損したようなケースは、預かった期間を記入
 <例>5月9日9:00頃~5月11日17:00まで
- ①患者さんから預かった時計を破損したようなケースは、どこからどこまで預かったかを記入
 <例>実習病院の風呂場からベッドまで

被保険者が18歳未満の場合は、必ず親権者欄のご記入をお願いします。

被害者が個人の場合は、フルネーム(必須)でご記入ください。

補償金額の算定に必要な項目です。

養成施設で記入・捺印していただく欄になります。

(株)メイ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共済の事故報告用紙

③賠償(受託物)

③「Will」賠償(受託物(預り物))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 〇〇月 〇〇日

★被保険者
 フリカナ: **イリヨウ モモコ** 生年月日:(西暦) 20××年 ××月 ××日
 氏名: **医療 桃子** 年齢: **××** 歳 → 未成年(18歳未満)の場合、★親権者欄も記入
 TEL: **090-0000-0000** 教職員 研修用 学生 学科:
 住所: 〒 **000-0000** 研修用 学生 学年:
東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇 〇〇号室

★親権者
 被保険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())
 フリカナ:
 親権者氏名: TEL:
 親権者住所: 〒

★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)
 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

事故日:(西暦) 20××年 〇〇月 〇〇日 △曜日 (午前・午後) **2時 00分頃**
 事故場所: **東京** (都道府県) **中央** (市区郡) **宇井留病院内**
 ●預かった状況: 下記 ① ② のどちらかを必ずご記入ください。
 ★ ① 〇〇月〇〇日 10時頃 ~ 〇〇月〇〇日 14時頃まで (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)
 事故状況 **研修先病院から実習のために借りていた血圧計を落としてしまい、破損させた。**
 ●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)

★状況
 ●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。 (税抜)〈税込〉いずれか記入
 受託物名: **血圧計** 購入当時の年月日: **20××年3月15日** 購入当時の価格: ¥ _____ (税抜)
 ¥ **5,500** (税込)
 修理:(可・ 不可) 修理費: ¥ _____ (税抜)
 ¥ _____ (税込) 同じ物または同等品の再購入価格: ¥ _____ (税抜)
 ¥ **5,500** (税込)

盗難届出警察署名: _____ TEL: _____ 受理No.: _____

◇保険金請求までに「破損物の写真」・「修理見積書」(修理不可の場合は、「修理不能証明書」・「再購入の見積書」)を必ずご用意ください。
 ◇保険金のお支払いは原則時価限度です。支払われる保険金は、必ずしも請求金額の全額ではありませんので予めご了承ください。
 修理・再購入する前に保険対応金額を確認ご希望の場合は、上記書類をこの報告書と一緒にご提出の上、対応金額連絡希望と書き添えてください。

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

★施設情報
 フリカナ: **ウイルクンゴセンモンガッコウ** フリカナ: **フクシサチコ**
 施設名: **宇井留看護専門学校** 担当者: **福祉 幸子**
 (学校名)
 フリカナ: **トウキョウトチュウオウクシンカワ** TEL: **03-0000-0000**
 住所: 〒 **104-0033** ※ 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。
東京都中央区新川2-22-2 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 **校長 宇井留 花子** (宇井留看護専門学校之印)

事務局記入	整理No.	Will	Will1	Will2	Will3	Will3DX	③賠償(受託物)
			教職員	通信30	通信60	研修	

★受託物は「持ち運び可能な動産」に限ります。

⑦実習のために研修先病院から借りていた鍵を紛失したようなケースは、預かった期間を記入

<例>10月9日9:00頃~2月11日17:00まで

⑧研修先施設から借りていた鍵を紛失したようなケースは、どこからどこまで(いつからいつまで)預かったかを記入

<例>研修初日から最終日まで

(株)マイ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共(入)の事故報告用紙

③賠償(受託物)

③「Will」賠償(受託物(預り物))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 〇〇月 〇〇日

★被保険者	フリカナ: イリヨウ モモコ	生年月日: (西暦) 20××年 ××月 ××日
	氏名: 医療 桃子	年齢: ×× 歳 → 未成年(18歳未満)の場合、★親権者欄も記入
	TEL: 090-0000-0000	<input type="checkbox"/> 教職員 <input checked="" type="checkbox"/> 研修用 <input type="checkbox"/> 学生 学科:
	住所: 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇 〇〇号室	学年:

被保険者が18歳未満の場合は、必ず親権者欄のご記入をお願いします。

★親権者	被保険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())
	フリカナ:
	親権者氏名: TEL:
	親権者住所: 〒

★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)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 養成施設:(学校)・・・下記<★施設情報>に同じ	住所: 〒
	<input type="checkbox"/> 実習先の施設:(名称)	
	<input type="checkbox"/> 患者:(氏名)フルネームでご記入下さい	TEL: 歳
	<input type="checkbox"/> その他:	年齢: 歳

被害者が個人の場合は、フルネーム(必須)でご記入ください。

事故日: (西暦) 20××年〇〇月〇〇日 △曜日 (午前・午後) 2時 00分頃

事故場所: 東京 道 中央 市 府 県 郡

★ 事故状況

● 預かった状況: 下記 ⑦ ⑧ のどちらかを必ずご記入ください。

⑦ 10月9日 9時頃 ~ 10月10日 17時頃まで (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))

研修先病院のロッカーの鍵をどこかで失くしてしまい、探したが見つからなかった。
紛失に伴い、防犯のためシリンダーの交換も必要となった。

● 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)

補償金額の算定に必要な項目です。

● 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。 <税抜><税込>いずれか記入			
受託物名: ロッカーの鍵	購入当時の年月日: 20××年3月15日	購入当時の価格: ¥ 3,300	<税抜>
修理: (可 ・ 不可)	修理費: ¥	同じ物または同等品の再購入価格: ¥ 3,300	<税抜>
			<税込>

盗難届出警察署名: TEL: 受理No.:

◇保険金請求までに「破損物の写真」・「修理見積書」(修理不可の場合は、「修理不能証明書」・「再購入の見積書」)を必ずご用意ください。

◇保険金のお支払いは原則時価額限度です。支払われる保険金は、必ずしも請求金額の全額ではありませんので予めご了承ください。

修理・再購入する前に保険対応金額を確認ご希望の場合は、上記書類をこの報告書と一緒にご提出の上、対応金額連絡希望と書き添えてください。

<<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	フリカナ: ウイルカンゴセンモンガッコウ	フリカナ: フクシサチコ
	施設名: 宇井留看護専門学校	担当者: 福祉 幸子
	フリカナ: 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2-22-2	※ 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。

養成施設で記入・捺印していただく欄になります。

★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 **校長 宇井留 花子**

宇井留看護専門学校之印

事務局記入	整理No.	Will	Will1	Will2	Will3	Will3DX	③賠償(受託物)
			教職員	通信30	通信60	研修	

共(A) 「Will」共済制度 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

★太枠欄にもれなくご記入ください

報告日: (西暦) 20××年 〇〇月 〇〇日

★被保険者

① 2023年度以前の学生のインフルエンザ罹患の場合は、本紙ではなく共(C)の用紙をお使いください

フリガナ: イリョウヒトミ 生年月日: (西暦) 20××年 ××月 ××日
 氏名: 医療 瞳 年齢: ××歳 教職員 研修用
 TEL: 090-0000-0000 学生 学科:
 住所: 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇〇 〇〇〇号室 学年:

★事故内容

事故日 (西暦) 20××年 〇〇月 〇〇日 (△ 曜日) 事故場所: 東京(都)・道 中央(区)・市 宇井留病院
 府・県 郡
 感染症罹患の場合は 診断日 感染症罹患の場合は記入不要です

時間帯に必ず〇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: 研修の臨地実習中、担当した患者さんがインフルエンザに感染した。患者さんと濃厚接触をしていたため、臨地実習先の感染マニュアルにより検査を受けた。結果は陰性だったが予防薬としてタミフルが処方された。

●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〇 ⇒ あり・なし
 ◇(あり)に〇をつけ、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感染症名: インフルエンザ 疑い
 ◇対象感染症名はホームページの一覧表をご参照ください
 ③診断を受けた医療機関名: 宇井留病院
 ◇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

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

＜受託物の紛失事故報告の際は以下にご注意ください＞
 ●学生「Will」の受託物の「紛失」は正課・学校行事目的の場合のみ対応
 ●現金の盗難や紛失は対象外
 (注) 鍵の紛失は、事故報告書③賠償(受託物)でご提出ください

<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カフ 住所: 〒104-0033 東京都中央区新川2-22-2
 フリガナ: フクシサチコ 担当者: 福祉 幸子
 TEL: 03-0000-0000

※ 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

校長 宇井留 花子



<引受確認欄>

共済制度事務局が記入

整理No.	24-	Will	Will1	Will2	Will3	Will3DX
	23-		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
◎カ. 新型コロナ

共済感染学生	共済感染教職員	31◆●その他1 賠償対象外
12● 実習/治療(通信)	22● 実習/検+治療	32◆●その他2 熱中食中
13● 実習/検	23● 2次/実習先 少/共	33◆●その他3 予期せぬ
93● 実習/検+治療(研修)		34◆●その他4 災害
14● 2次/実習先 少/共		35● その他5 弔慰
15● 2次/学内 (2022まで)		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 ● (2021まで)
- C. 検査代 ●
- D. 損害実費 ◆◆
- E. 自由記入 ◆◆

(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

	2023	2024
感染一般	11★ 学生・感染一般 21☆ 教職員・感染一般	50B 感染定額
インフル	17C 学生・インフル 21☆ 教職員・インフル	51B インフル定額

	2023	2024
コロナ	18〇 学生・新型コロナ 21☆ 教職員・新型コロナ	50B 感染定額

sample a-2

共済 A