



実習中に第三者の身体に損害を与えた場合 保険金受け取りまでの手順

ステップ1（事故報告）

- 1) 学校の担当者や実習指導者に、事故発生（ケガをさせたこと）を連絡してください。
- 2) ②「Will」賠償事故報告書を印刷してください。
- 3) 記入例を参考に事故報告書の必要事項を記入し、学校に提出してください。
- 4) 学校から「Will」事務局に事故報告書が送られます。

○ ステップ1で、ご注意頂きたい事項 ○

補償の範囲

- 実習中に、患者さんやスタッフ等第三者にケガを負わせたことに起因する賠償事故を補償します。
- 別途お見舞品購入費用等の補償があります。「Will」事務局までお問い合わせください。
- 当該事故でご自身が負傷した場合は、傷害保険の保険金を受け取れます。学生さんは、ご加入のタイプに該当する事故であることをご確認のうえ、傷害保険の保険金請求も行ってください。

事故報告の期限

- 事故報告は、可能な限り速やかに行ってください。
- 原則的に各種の事故報告は、事故発生日から30日以内の事故報告をお願いしています。但し、賠償責任に関わる事故については、被害者との協議をスムーズに行うために、事故が発生したら直ちに報告をお願いします。
- 保険金請求権の時効は3年間ありますので、30日を過ぎても補償に問題ありませんが、事故との因果関係の証明を求められる場合があります。

事故報告の方法

- 事故報告は必ず学校を通じて行ってください。
- 学校が記名・捺印する項目があります。

健康保険の利用

- 身体損傷を受けた被害者の方には、「必ず健康保険を利用して頂く」ようお願いしてください。健康保険を使わずに診療を受けると、一時的な負担が大きくなるだけでなく、健康保険を使った場合に比べて被害者が不利益を受けることがあります。

過失割合

- Will を含め、全ての個人賠償責任保険は、発生した損害額のうち、ご加入者の過失割合分（法的に負う賠償責任：必ずしも損害額全額ではない）について保険金をお支払いする仕組みになっていますのでご注意ください。

※ 過失割合…起こった事故について、お互いの過失（不注意）の度合いを割合で表したもの。
お支払いする保険金 = 被害者の損害額 × 学生さんの過失割合

ステップ2（保険金の請求）

- 5) 請求に必要な書類の準備。
- 6) 学校に郵送される保険金の請求書類を受け取ってください。
- 7) 保険金請求書にご記入のうえ、必要書類を添付し、返送してください。

○ ステップ2で、ご注意頂きたい事項 ○

請求に必要な書類

- 保険金の請求に当たっては、下記の書類が必要となります。必要となる書類は大切に保管しておいてください。

対人事故の場合に必要な書類

- ① 保険金請求書
- ② 示談書（提出が必要な場合のみ郵送されます）
- ③ 医師の診断書
- ④ 医療機関発行の領収書（原本）

ステップ3（保険金の受け取り）

- 8) 保険金が、保険金請求書にご記入頂いたご指定口座へ入金されます。

実習中の対人賠償事故 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。

被保険者未成年(20才未満)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、氏名をフルネームでご記入ください。

養成施設に記入・捺印していただく欄になります。

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)

(株)メディックプランニングオフィス FAX:0120-782279
「Will」事務局 行き
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	フリカナ：イリョウ モモコ 氏名：医療 桃子 住所：〒0000-0000 東京都00区001-2-3 000アパート0号室 TEL：090-0000-0000	生年月日：(西暦) 2000年 4月 10日 (男・ <input checked="" type="radio"/> 女) 年齢：19歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入 <input type="checkbox"/> 教職員 <input checked="" type="checkbox"/> 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：〒0000-0000 00県00市001丁目00-000 TEL：0000-0000-0000						
★被害者	該当被害者欄に <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 = 破損物の所有者や被害を負ったお相手) <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) TEL：0000-0000-0000 <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 年齢：72歳 (男・ <input checked="" type="radio"/> 女) <input type="checkbox"/> その他(氏名・施設名)						
★事故状況	事故日：(西暦) 20 19年 4月 19日 金曜日 (午前・ <input checked="" type="radio"/> 午後) 2時 30分頃 事故場所：東京 00道 中央 00市 宇井留病院内 いずれかを○で囲んでください ⇒ (<input checked="" type="radio"/> 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 施設名：宇井留看護専門学校 フリカナ：フクシヤチコ 担当者：福祉 幸子 フリカナ：トウキョウトチュウオウクシヤクワ 住所：〒104-0033 東京都中央区新川2-22-6 TEL：03-0000-0000 ※ 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 「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 年 月 日

★ 被 保 険 者	フリガナ: _____	生年月日: (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日
	氏名: _____	(男・女) 年齢: _____ 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入
	住所: 〒 _____	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 学生 学科: _____
	TEL: _____	学年: _____

★ 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: _____	被保険者との関係: (父・母・その他())
	親権者氏名: _____	
	親権者住所: 〒 _____	TEL: _____

★ 被 害 者	該当被害者欄に <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: 〒 _____
	<input type="checkbox"/> 実習先の施設:(施設名) _____	
	<input type="checkbox"/> 患者:(氏名)フルネームでご記入下さい	TEL: _____
	<input type="checkbox"/> その他:(氏名・施設名) _____	年齢: _____ 歳 (男・女)

★ 事 故 状 況	事故日: (西暦) 20 年 月 日 曜日 (午前・午後) 時 分頃
	事故場所: _____ 都・道 区・市 府・県 郡
	いずれかを○で囲んでください ⇒ (臨地実習中・学内・学外)

◇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: _____	フリガナ: _____
	施設名: _____ (学校名)	担当者: _____
	フリガナ: _____	TEL: _____
	住所: 〒 _____	

※ 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

(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