

(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 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 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: 〒 _____
	<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