

(株)メディックプランニングオフィス

「Will」事務局 行き

FAX:0120-782279

2022年度用

① 傷害

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。

◇対応は可能ですが、原則事故日より30日以内のご通知をお願いします。

★：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：	(男・女) 年齢： 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入
	氏名：	☐ 教職員 ☐ 学生 学科：
	TEL：	学年：
	住所：〒	

★ 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。	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)
	※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。 受傷時の移動手段：(車・バイク・自転車・徒歩)		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

◇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。

★ 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・靱帯損傷 脱臼・火傷・その他()	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：	フリガナ：
	施設名：	担当者：
	(学校名)	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 (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)
	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・学校管理下以外のプライベート中に発生したことを確認します。	

事務局 記入	整理No.	加入者証番号	受付No.	学校ID	Will1	Will2	Will3	Will3DX
	—	22 —			教職員	通信30	通信60	研修

① 傷害

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:	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
	TEL:	☐ 教職員	☐ 学生	学科:	学年:
	住所: 〒				

★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 ☒ 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: (施設名)				
	☐ 患者: (氏名) フルネームでご記入下さい	TEL: _____			
	☐ 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:	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: ¥	同じ物または同等品の再購入価格: ¥

◇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

事務局記入	整理No.	加入者証番号	受付No.	学校ID	Will1	Will2	Will3	Will3DX
	—	22 —			教職員	通信30	通信60	研修

②賠償

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:

・被保険者(本人)氏名:

1. 事故日: (西暦) 20 年 月 日 曜日 (午前・午後) 時 分頃

2. 事故場所: 都・道 区・市 府・県 郡

☆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:

◇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 月 日

<お相手の情報>

1. 氏名:

職業:

年齢:

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:

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(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。

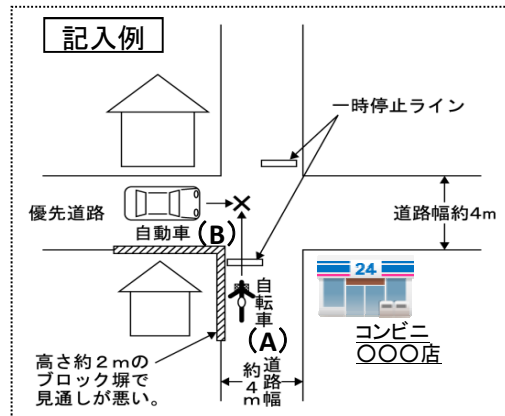
① 道路状況(道路幅、道路の勾配状況(下り坂・登り坂)、交差点、信号、道路標識の有無等)、あわせて目印となる建物(コンビニ等)があれば記入してください。

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。



★ 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。

(株)メディア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⑥の事故報告用紙

2022年度用

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 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
TEL: ☐ 教職員 ☐ 学生 学科:
住所: 〒 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 ☒ 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) 20 年 月 日 曜日 (午前・午後) 時 分頃
事故場所: 都・道 区・市 府・県 郡
●預かった状況: 下記 ㊦ ㊧ のどちらかを必ずご記入ください。
㊦ 月 日 時頃 ~ 月 日 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)
●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: 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: ¥ 同じ物または同等品の再購入価格: ¥

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

フリガナ: 施設名: フリガナ:
(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

事務局記入	整理No.	加入者証番号	受付No.	学校ID	Will1	Will2	Will3	Will3DX	③賠償 (受託物)
	—	22 —			教職員	通信30	通信60	研修	

(株)メディックプランニングオフィス

「Will」事務局 行き

FAX:0120-782279

2022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)

◇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

※おケガ(感染事故)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：

(男・女) 年齢： 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入

氏名：

学科：

学年：

TEL：

住所：〒

★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：

★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

事故場所： 都・道 区・市 府・県 郡

実習施設名：

※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。

実習先の医師等から検査・予防措置の指示はありましたか？(はい・いいえ)

(いいえの場合、支払い条件を満たさないため補償対象外)

★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：

◇注射針等の針刺し事故の場合、傷害通院日額の対応は【事故日当日】と【事故日翌日】に実際に通院した最大2日分までです。

感染症(疑)名：

部 位：

受診内容：(検査・予防措置・傷の治療) ※該当項目に○印

◆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：

施設名：

(学校名)

フリガナ：

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)

事務局記入	整理No.	加入者証番号	受付No.	学校ID	Will1	Will2	Will3	Will3DX
	—	22 —			教職員	通信30	通信60	研修

④ 傷害を伴う感染

(株)ディクランニングオフィス

「Will」事務局 行き

FAX:0120-782279

2022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)

◇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

※感染事故にあわ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：

(男・女) 年齢： 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入

氏名：

学科：

学年：

TEL：

住所：〒

★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：

★事故状況

事故日：(西暦) 20 年 月 日 曜日 時間：(午前・午後) 時 分頃

事故場所： 都・道 区・市 府・県 郡

実習施設名：

※感染事故の状況を、詳しくご記入ください。

感染症の症状のある誰と濃厚接触しましたか？ (患者・病院スタッフ・グループメンバー・その他())

実習先の医師等から検査・予防措置の指示はありましたか？ (はい・いいえ)

(いいえの場合、支払い条件を満たさないため補償対象外)

★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：

◇「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：

部 位：

受診内容：(検査・予防措置・治療) ※該当項目に○印

＜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：

施設名：

(学校名)

フリガナ：

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)

事務局記入

整理No.

加入者証番号

受付No.

学校ID

Will1

Will2

Will3

Will3DX

—

22—

教職員

通信30

通信60

研修

⑤ 傷害を伴わない感染

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)

2022年度用

⑦ 共済

インフルエンザ 学生

(「Will」共済事故報告書 兼 共済見舞金請求書) 入院を伴う場合⑥の事故報告用紙をご利用ください

《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) 20 年 月 日

被 保 険 者	フリガナ： 氏名：	生年月日：(西暦) (男・女)	年 月 日	学科：	
		年齢：	歳	学年：	

事 故 内 容	感染した時間帯： 事故状況：	臨地実習中 学校管理下 プライベート中	実習先で感染者との濃厚接触： (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添ご提出ください	あり・なし
			インフルエンザの種類：	A型・B型・不明
			診断日：	年 月 日
			診断を受けた医療機関名：	

《施設(学校)情報・事故確認欄》

施 設 情 報	フリガナ： 施設名： (学校名) フリガナ： 住 所：〒	※部署名等 必要な場合は、必ずご記入ください フリガナ： 担当者： TEL：
	★ 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。 ※必ずご捺印ください (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 - -	加入タイプに☑
		タイプ 共済見舞金
		Will 1 6,500円
	フリガナ： 氏名：	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 ¥ 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)

問い合わせ先: Will事務局(TEL:0120-863755)

1. 本紙… ⑦インフルエンザ 学生・通院専用 (「Will」共済事故報告書 兼 共済見舞金請求書)
2. インフルエンザ 罹患証明書(いずれか1点・コピー可)

診断書	診断日が記載された医療機関発行のもの(“疑い”とある場合は対象外)
検査結果(陽性+)と診療明細書付 領収書	学生の氏名・検査報告日・検査項目にインフルエンザの検査名が入った 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・ラビアクタ及びこれらのジェネリック医薬品

《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		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	
記号(6桁目がある場合※に記入)	番号8桁(右詰め記入)	金融機関番号	店舗番号	預金項目	口座番号(右詰め記入)
1 0 ※	1			普通(総合) 1 当 座 2	

口座名義人	フリガナ 氏 名
-------	-------------

＜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、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. 22 -

1

2

3

3DX

17. 才 ⑦共済