

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 22年 4月 22日

| | | |
|-------|---|--|
| ★被保険者 | フリガナ: イリヨウ モモコ | 生年月日: (西暦) 2005年 4月 10日 |
| | 氏名: 医療 桃子 | (男・女) 年齢: 17歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入 |
| | TEL: 090-0000-0000 | <input type="checkbox"/> 教職員 <input checked="" type="checkbox"/> 学生 学科: 看護 学年: 1年 |
| | 住所: 〒 000-0000 東京都00区001-2-3 000アパート0号室 | |

| | | |
|------|---------------------------|------------------------|
| ★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: イリヨウ イチロウ | 被保険者との関係: (父)・母・その他() |
| | 親権者氏名: 医療 一朗 | TEL: 000-0000-0000 |
| | 親権者住所: 〒 000-0000 | 00県00市00 1丁目00-000 |

| | | |
|------|---|-------------------|
| ★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) | |
| | <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 22年 4月 15日 金曜日 (午前・ <u>午後</u>) 2時 30分頃 |
| | 事故場所: 東京 <u>都</u> 道 中央 <u>区</u> 市 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・ <u>学内</u> ・学外) |
| 演習中、水温計を落下させ破損させてしまった。 | |
| ◇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: 水温計 | 購入当時の年月日: 2016年3月15日 | 購入当時の価格(税抜): ¥ 500 |
| 修理: (可・ <u>不可</u>) | 修理費: ¥ | 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。

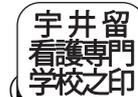
修理・再購入する前に保険対応金額を確認ご希望の場合は、上記書類をこの報告書と一緒に提出の上、対応金額連絡希望と書き添えてください。

<<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2-22-6 | ※ 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



| | | | | | | | | |
|-------|-------|--------|-------|------|-------|-------|-------|---------|
| 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 |