

⑥「Will」共済制度・感染症保険 兼用事故報告書

◇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 22年 4月 22日

★ 被 保 険 者	② 学生のインフルエンザ罹患の場合は、本紙ではなく⑦の用紙にご記入ください。	
	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
	TEL: 090-0000-0000	☐ 教職員 ☒ 学生 学科: 看護
	住所: 〒0000-0000 東京都00区001-2-3 0000アパート0号室	学年: 1年

★ 事 故 内 容	事故日: (西暦) 20 22年 4月 15日 金曜日 (午前・午後) 時 分頃	
	事故場所: 東京 都道府県 中央 区市	
	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) <u>プライベートな時間</u> その他())	
	事故状況: ところで感染したか不明だが、嘔吐と下痢の症状がでたため受診し、感染性胃腸炎と診断された。治療のため、2日間通院した。	
	◇(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。	

＜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	担当者: 福祉 幸子
	(学校名)	
	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2-2-6	※ 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

宇井留 花子

宇井留
看護専門
学校之印

<引受確認欄>

共済制度事務局が記入

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

共済感染学生	共済感染教職員	31◆●その他1 賠償対象外
11★ 1-(1)-① 日額+治療	21★ 感染教職員1 少	32◆●その他2 熱中食中
12● 1-(2) 治療(通)	22● 2-(2) 検査+治療	33◆●その他3 予期せぬ
13● 1-(3) 検	23● 2-(3)-① 実習先 少/共	34◆●その他4 災害
93● 1 検+治(研修)	24● 2-(3)-② 学内 少	35● その他5 弔慰
14● 2-① 実習先 少/共	25● 2-(3)-③ 見舞 少	36● その他6 紛争
15● 2-② 学内		37◆●その他7
16● 2-③ 見舞 少		
17◎ 1-(1)-② 定額		
18○ 1-(1)-③ 新型コロナ		

(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

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