

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。

(株)ディック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

2023年度用  
② 賠償

## 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 報告日: (西暦) 20 23年 4月 22日

★被保険者  
フリカナ: イリョウ モモコ 生年月日: (西暦) 2004年 4月 10日  
氏名: 医療 桃子 (男・女) 年齢: 19歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入  
TEL: 090-0000-0000  教職員  学生 学科: 看護  
 研修生 学年: 1年  
住所: 〒000-0000 東京都00区001-2-3 000アパート0号室

被保険者が18歳未満の場合は、  
必ず親権者欄のご記入をお願いします。

★親権者  
フリカナ: イリョウ イチロウ 被保険者との関係: (父・母・その他( ))  
親権者氏名: 医療 一郎  
親権者住所: 〒000-0000 00県00市001丁目00-000 TEL: 000-0000-0000

被害者が個人の場合は、  
フルネームでご記入ください。

★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: 〒000-0000 00県00市001丁目00-000  
 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: 000-0000-0000  
 その他(氏名・施設名) 早久 なお子 年齢: 72歳 (男・女)

★事故状況  
事故日: (西暦) 20 23年 4月 14日 金曜日 (午前・午後) 2時 30分頃  
事故場所: 東京 00都 中央 00市 新川2丁目22付近  
いずれかを○で囲んでください ⇒ ( 臨地実習中・学内・学外 )  
自転車です道を直進中、自転車のカゴに入れてあった重い物袋が落ちそうになったため気を取られ、中央に寄ってしまい前方から歩いてきた歩行者に気づかず、衝突しケガを負わせてしまった。  
示談交渉サービスの利用を希望します。  
△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・ご捺印をお願いします。  
フリカナ: ウイルカゴセンモンガッコウ  
★施設情報 施設名: 宇井留看護専門学校 フリカナ: フクシサチコ  
(学校名) 担当者: 福祉 幸子  
フリカナ: 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2-2-2-6  
※ 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 (宇井留看護専門学校之印)

養成施設で  
記入・捺印していただく欄  
になります。

Will	Will1	Will2	Will3	Will3DX	②賠償
	教職員	通信30	通信60	研修	

(株)ディック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

2023年度用  
②補・賠償状況図

## ② 補足資料 - 「Will」賠償事故状況図

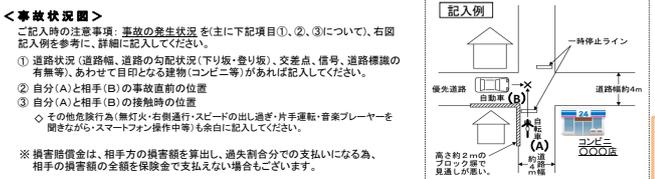
※こちらの用紙は、主に交通事故における賠償事故報告時に作成し、②賠償事故報告書に添付してください。

<被保険者情報>  
・加入養成施設(学校)名: 宇井留看護専門学校  
・被保険者(本人)氏名: 医療 桃子

1. 事故日: (西暦) 20 23年 4月 14日 金曜日 (午前・午後) 2時 30分頃  
2. 事故場所: 東京 00都 中央 00市 新川2丁目22  
★事故場所の住所は、重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: 090-0000-0000 △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 23年 4月 15日

<お相手の情報>  
1. 氏名: 早久 なお子 職業:  
年齢: 72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: 頭部損傷  
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

★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必ずチェックをつけてください。

②補・状況図

過失割合算出のため、以下情報をご記入ください。

- 道路状況
- 被害者と事故直前の位置
- 被害者と接触時の位置
- その他危険行為 等