

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)マイ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

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	フリガナ: 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
		☐ 研修用 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 一朗	
	親権者住所: 〒 000-0000 00県00市00 1丁目00-000	TEL: 000-0000-0000

★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00 1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 早久 なお子	TEL: 000-0000-0000
	☐ その他: (氏名・施設名)	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 都道府県 中央 区市町村 宇井留病院内
	いずれかを○で囲んでください ⇒ (臨地実習中・学内・学外)
	実習中、患者さんを車椅子からベッドへ移乗する際、 重心が傾き、ベッドの反対側に一緒に転倒。 その衝撃で患者さんを骨折させてしまった。

★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:
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	
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
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	※ 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. 23 -	Will	Will1	Will2	Will3	Will3DX	②賠償
			教職員	通信30	通信60	研修	

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。

被害者が個人の場合は、
フルネームでご記入ください。

ケガの状況などを
なるべく詳細に
ご記入ください。

養成施設で
記入・捺印していただく欄
になります。

宇井留
看護専門
学校之印