

(株)ディクランニングオフィス
「Will」事務局 行き FAX:0120-782279

2023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。

★：必須

報告日：(西暦) 20 23 年 4 月 22 日

おケガをされた方に関する記入欄になります。自筆じゃなくても構いません(代筆可)。

負傷者が18歳未満の場合は、必ず親権者欄にご記入をお願いします。

★ 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) 2004 年 4 月 10 日
	フリガナ：イリウ モモコ		(男・女) 年齢：19 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入
	氏名：医療 桃子		☐ 教職員 ☒ 学生 学科：看護
	TEL：090-0000-0000		☐ 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	※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：イリウ イチロウ		
	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

★ 事故 (ケガ) 状況	事故日：(西暦) 20 23 年 4 月 17 日 月 曜日	時間：(午前・午後) 8 時 30 分頃	★ケガをした時間帯に○をつけて下さい。	
	事故場所：東京 都 府 県 中央 区 市 郡 00 駅付近	○ 登校中 下校中		
	受傷時の乗り物：(車・バイク・自転車)	○ 学校⇄実習先 間移動中		
	脳疾患、疾病または心神喪失によって生じたケガですか？ (はい・いいえ)	○ 自宅⇄実習先 間移動中		
	何をしていた時	駅の階段を降りる際に	○ 休み時間	学内演習中
	何が起きて	階段を踏み外し	○ 放課後	学校行事中
どのようになったか	左足首をひねってしまった。	○ 授業中(体育以外)	○ 体育の授業中	
		○ 部活・サークル活動中	○ プライベート	
		○ その他		

初診日を記入し、治療継続中の場合は「見込み」に○をつけてください。

★ 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：宇井留病院
	通院(見込み・確定)	4 月 17 日 ~ 月 日	担当医師名：山田 すずむ
	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		部位：頭・歯・首・肩・胸・腰・右腕・左腕・右足・左足	
脱臼・火傷・その他(すり傷)		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。

養成施設で記入・捺印していただく欄になります。

★ 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
	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2-2-2-6	※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 (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。
	○ 上記事故は学校管理下に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
	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. 23 -	Will	Will1	Will2	Will3	Will3DX
			教職員	通信30	通信60	研修

① 傷害

宇井留
看護専門
学校之印

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)メディッ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★施設情報欄に同じ	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 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 中央 区 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・学内・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: ¥ 500	〈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: ¥ 550	(税込)

◇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: ウィ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2-22-6	※ 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。	宇井留 看護専門 学校之印
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
			教職員	通信30	通信60	研修

②賠償

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。

補償金額の算定に必要な
項目です。

養成施設で
記入・捺印していただく欄
になります。

破損に至った原因・状況を
詳しくご記入ください。

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。

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。

養成施設で
記入・捺印していただく欄
になります。

(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
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
★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 一郎 親権者住所：〒000-0000 00県00市001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★施設情報欄に同じ 住所：〒000-0000 00県00市001丁目00-000 ☐ 実習先の施設(施設名) TEL：000-0000-0000 ☐ 患者(氏名)フルネームでご記入下さい ☒ 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 市 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) 自転車では歩道を直進中、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：ウエルカンゴセンモンガッコウ 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フ 住 所：〒104-0033 TEL：03-0000-0000 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。	フリガナ：フクシナチコ 担当者：福祉 幸子 TEL：03-0000-0000	
★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)		

3 - Will Will1 Will2 Will3 Will3DX ②賠償
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
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 市 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：頭部損傷	
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：	連絡先TEL：
年 齢：72 歳 (※未成年者の場合記入 ⇒ 親権者氏名)	
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〕	

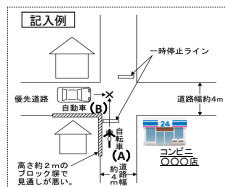
＜事故状況＞

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。

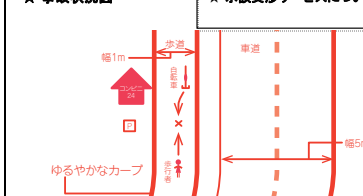
- 道路状況(道路幅、道路の勾配状況(下り坂・登り坂)、交差点、信号、信号機標識の有無等)、あわせて目印となる建物(コンビニ等)があれば記入してください。
- 自分(A)と相手(B)の事故直前の位置
- 自分(A)と相手(B)の接触時の位置

◇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・音楽プレイ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ります。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

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	※ 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。
東京都中央区新川2-2-6	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

- ⑦訪問看護で使用するために学校から借りていた血圧計を破損したようなケースは、預かった期間を記入
 <例>5月9日9:00頃～5月11日17:00まで
- ⑧患者さんから預かった時計を破損したようなケースは、どこからどこまで預かったかを記入
 <例>実習病院の風呂場からベッドまで

(株)メイック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	2023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 23 年 4 月 22 日	
★被保険者	フリカナ: イリョウ モモコ 氏名: 医療 桃子 TEL: 090-0000-0000 住所: 〒 000-0000 東京都00区001-2-3 000アパート0号室	生年月日: (西暦) 2004 年 4 月 10 日 (男・女) 年齢: 19 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入 ☐ 教職員 ☒ 学生 学科: 看護 ☐ 研修用 学年: 1 年	
	被保険者が未成年の場合は、この欄もご記入ください。 フリカナ: イリョウ イチロウ 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 被保険者との関係: (父・母・その他())		
	★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★施設情報欄に同じ 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 事故日: (西暦) 20 23 年 4 月 14 日 金曜日 (午前・午後) 2 時 00 分頃 事故場所: 東京 都道府県 中央 区市 宇井留病院内 ●預かった状況: 下記 ⑦ ⑧ のどちらかを必ずご記入ください。 ⑦ 4 月 6 日 10 時頃 ~ 4 月 14 日 14 時頃まで ⑧ (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) 学校から実習のために借りていた血圧計を落としてしまい、破損させた。 ●錠(シンダー)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: 血圧計 購入当時の年月日: 2019 年 3 月 15 日 購入当時の価格: ¥ 5,000 (税抜) 修理: (可・不可) 修理費: ¥ 同物または同等品の再購入価格: ¥ 5,500- (税込) 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	フリカナ: ウイルカンゴセンモンガッコウ 施設名: 宇井留看護専門学校 フリカナ: トウキョウトチュウオウクシンカフ 住所: 〒 104 - 0033 東京都中央区新川2-2 2-6	フリカナ: フクシサチコ 担当者: 福祉 幸子 TEL: 03-0000-0000 ※ 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		
事務用記入	整理No. 23 -	Will	Will1 Will2 Will3 Will3DX 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。

補償金額の算定に必要な項目です。

養成施設で記入・捺印していただく欄になります。

★受託物の補償範囲は、右図の通りです。
 なお受託物は「持ち運び可能な動産」に限ります。

※損害保険対象外の物については、正課・学校行事目的の場合に限り、共済制度で対応します。

	受託目的	貸主
Will1～Will3DXまで共通	問わない	問わない
教職員	・正課目的(勤務中) ・問わない(プライベート中)	問わない

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 23 年 4 月 22 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) 2004 年 4 月 10 日

フリガナ：イリョウ モモコ

(男・女) 年齢：19 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入

氏名：医療 桃子

学科：看護

学年：1 年

TEL：090-0000-0000

住所：〒000-0000 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇〇アパート〇号室

★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 一郎

親権者住所：〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇1丁目〇〇-〇〇〇

TEL：000-0000-0000

★事故(ケガ)状況

事故日：(西暦) 20 23 年 4 月 14 日 金曜日

時間：(午前・午後) 2 時 30 分頃

事故場所：東京 都道 中央 区市

実習施設名：宇井留病院

※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。

患者さんが使用した後の針を片付ける際、誤って指に刺してしまった。
感染の恐れがあるため、検査をするように実習先の医師から指示された。

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。

入院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日

病院名：宇井留病院

通院(見込み・確定) 4 月 14 日 ~ 月 日

※複数記入可

担当医師名：山田 すずむ

◇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：針刺し・感染疑い

部位：左手

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：ウイルカンゴセンモンガッコウ

施設名：宇井留看護専門学校

(学校名)

フリガナ：フクシサチコ

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

宇井留看護専門学校之印

事務局記入	整理No. 23 -	Will	Will1 教職員	Will2 通信30	Will3 通信60	Will3DX 研修
-------	------------	------	--------------	---------------	---------------	---------------

④ 傷害を伴う感染

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 23 年 4 月 22 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) 2004 年 4 月 10 日

フリガナ：イリョウ モモコ

(男・女) 年齢： 19 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入

氏名：医療 桃子

学科：看護

学年：1 年

TEL：090-0000-0000

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 一郎

親権者住所：〒000-0000

TEL：000-0000-0000

00県00市00 1 丁目00-000

★事故状況

事故日：(西暦) 20 23 年 4 月 14 日 金 曜日

時間：(午前・午後) 2 時 30 分頃

事故場所：東京 都 府 中央 区 市

実習施設名：宇井留病院

※感染事故の状況を、詳しくご記入ください。

実習中、受け持ちの患者さんがインフルエンザに罹っていたことが分かった。

濃厚接触をしていたため実習担当者の指示で検査を受けた。

感染はしていなかったが予防薬としてタミフルを処方された。

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。

入院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日

病院名：宇井留病院

通院(見込み・確定) 4 月 14 日 ~ 月 日

※複数記入可

担当医師名：山田 すずむ

◇[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：インフルエンザ感染疑い

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：ウイルカンゴセンモンガッコウ

施設名：宇井留看護専門学校

(学校名)

フリガナ：フクシサチコ

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

住所：〒104-0033

東京都中央区新川2-2 2-6

TEL：03-0000-0000

※ 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

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。

宇井留 花子

宇井留看護専門学校之印

事務局記入	整理No. 23 -	Will	Will1	Will2	Will3	Will3DX
			教職員	通信30	通信60	研修

⑤ 傷害を伴わない感染

⑥「Will」共済制度 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 23 年 4 月 22 日

★被保険者	⑨ 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
	TEL: 090-0000-0000	☐ 教職員 ☒ 学生 学科: 看護
	住所: 〒000-0000 東京都00区001-2-3 000アパート0号室	☐ 研修生 学年: 1 年

★事故内容	事故日: (西暦) 20 23 年 4 月 14 日 金曜日	事故場所: 東京 都・道 中央 区・市 宇井留病院 府・県 郡
	感染症罹患の場合は 診断日 を記入してください	感染症罹患の場合は記入不要です
	時間帯に 必ず ○印をつけてください ⇒ 臨地実習中 ・ 学校管理下 ・ プライベートな時間 ・ その他())	
	事故状況: 学校から実習のために借りていた 体温計を紛失した。	●感染請求の際には、下記項目も必ずご記入ください ①実習先で感染者との濃厚接触の有無に○ ⇒ (あり・なし) ↓ ◇(あり)に○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 ②感染症名: ◇対象感染症名はホームページの一覧表をご参照ください ③診断を受けた医療機関名: ◇診断日が加入期間内であることが見舞金対応の条件です ●物損請求の際には、下記項目も必ずご記入ください ①被害者: 養成施設 実習先の施設・患者・その他()) ②破損物名: 体温計 ③破損物の購入時期: (西暦) 20 18 年 3 月 15 日 ④破損物の購入時価格: ￥ 1,080 (税抜・税込) ⑤修理可 ⇒ 修理費: ￥ ⑥修理不可 ⇒ 再購入価格: ￥ 1,100 (税込)
<受託物の紛失事故報告の際は以下にご注意ください> ①学生「Will」の受託物の「紛失」は、 正課・学校行事目的の場合に限り、対応いたします ②現金の盗難や紛失は対象外となります		

《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
	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	※ 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.

23 -

Will

Will1

教職員

Will2

通信30

Will3

通信60

Will3DX

研修

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

⑥共済

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

⑥「Will」共済制度 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 23年 4月 22日

⑦ 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

★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

TEL: 090-0000-0000

☐ 教職員☒ 学生

学科: 看護

住所: 〒000-0000 東京都00区001-2-3 000アパート0号室

☐ 研修用

学年: 1年

★事故内容

事故日：(西暦) 20 23年 4月 14日 金曜日

事故場所： 都・道 区・市
府・県 郡

感染症罹患の場合は診断日を記入してください



感染症罹患の場合は記入不要です

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・プライベートな時間・その他())

事故状況:

どこ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。

●感染請求の際には、下記項目も必ずご記入ください

①実習先で感染者との濃厚接触の有無に〇⇒(あり) なし

◇(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

②感染症名: 感染性胃腸炎

◇対象感染症名はホームページの一覧表をご参照ください

③診断を受けた医療機関名: 宇井留病院

◇診断日が加入期間内であることが見舞金対応の条件です

●物損請求の際には、下記項目も必ずご記入ください

①被害者:(養成施設・実習先の施設・患者・その他())

②破損物名:

③破損物の購入時期: (西暦) 20 年 月 日

④破損物の購入時価格: ¥ (税抜・税込)

⑤修理可⇒修理費: ¥

⑥修理不可⇒再購入価格: ¥

<受託物の紛失事故報告の際は以下にご注意ください>

- ①学生「Will」の受託物の「紛失」は、
正課・学校行事目的の場合に限り、対応いたします
②現金の盗難や紛失は対象外となります

<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

施設名: 宇井留看護専門学校

(学校名)

フリガナ: フクシサチコ

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

※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.

23 -

Will

Will1

教職員

Will2

通信30

Will3

通信60

Will3DX

研修

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

⑥共済

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

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。

⑦ インフルエンザ 学生専用

郵送 してください
(1.本紙+2.罹患証明書類)

2023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)

《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 23 年 4 月 22 日

被保険者	フリガナ: イリョウ モモコ 氏名: 医療 桃子 (男・女) 年齢: 19 歳 学年: 1 年	生年月日: (西暦) 2004 年 4 月 10 日 学科: 看護
事故内容	感染した時間帯: (臨地実習中) (学校管理下) (プライベート中) 事故状況: どこで感染したか不明だが、インフルエンザに罹患し、 発症してしまった。 治療のため、2日間通院した。	実習先で感染者との濃厚接触: (あり) (なし) (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紙提出してください インフルエンザの種類: (A型) (B型) (不明) 診断日: 2023 年 4 月 16 日 診断を受けた医療機関名: 宇井留病院

《施設(学校)情報・事故確認欄》

施設情報	フリガナ: ウイルカンゴセンモンガッコウ 施設名: 宇井留看護専門学校 (学校名) フリガナ: トウキョウトチュウオウクシンカワ 住所: 〒 104-0033 東京都中央区新川2-2 2-6	※部署名等 必要の場合は、必ずご記入ください フリガナ: フクンサデコ 担当者: 福祉 幸子 TEL: 03-0000-0000
★ 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 学校之印

《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 〒 000-0000 TEL 090-0000-0000 東京都00区001-2-3 0000アパート0号室 フリガナ: イリョウ モモコ 氏名: 医療 桃子	加入タイプに☑ タイプ 共済見舞金 Will 1 6,500円 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 ¥ 7,000 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。

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) ⑤ 項目に診断日の印字がない「登校許可証(治療証明書)」等は
証明書にはなりません

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※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(右づめ記入)	金融機関番号
1 0 1 2 0 ※	0 1 2 3 4 5 6 1	店舗番号
		預金項目
		普通(総合) 1 当座 2
口座名義人	フリガナ イリョウ モモコ 氏名 医療 桃子	口座番号(右づめ記入)

＜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. 23 - 1 2 3 3DX

17. 才 ⑦ 共済

養成施設で
記入・捺印していただく欄
になります。

請求金額がご不明な場合は、
未記入のままでも構いません。
事務局にて加入タイプを確認し、
該当する定額見舞金をお支払いします。

☆お支払いする共済見舞金は加入タイプ別の定額見舞金です。
☆医療費・文書料等の実費のお支払いはありません。

ご加入のWillタイプは
「会員証兼加入者証」のこちらに
印字されています。

Will	会員証兼加入者証
学校名: Will看護専門学校	
氏名: 医療 桃子	
保険期間: 2023/3/31 ~ 2024/3/31	
加入タイプ: Will12	
お問い合わせ先 0120-863755 （受付時間: 9:00~17:00(土・日・祝日を除く)） 一般社団法人日本看護学校協議会共済会 引受確認会社: 東京海上日動火災保険株式会社 東京都中央区新川2-22-2 新川ビル7F	10000A-001 同封