

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)メイワ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

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××年 〇〇月 〇〇日

★ 被 保 険 者	フリガナ: <b>イリョウ モモコ</b>	生年月日: (西暦) 20××年 ××月 ××日
	氏名: <b>医療 桃子</b>	年齢: ×× 歳 → 未成年(18歳未満)の場合、★親権者欄も記入
	TEL: 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 研修用 <input checked="" type="checkbox"/> 学生 学科: <b>看護</b>
	住所: 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 <b>東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇〇 〇〇〇号室</b>	学年: <b>2年</b>

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	被保険者が未成年者の場合は、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:
	親権者氏名: TEL:
	親権者住所: 〒

被害者が個人の場合は、フルネームでご記入ください(必須)。  
※住所・TEL・年齢についてはわかる範囲で構いません。

★ 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 type="checkbox"/> 養成施設(学校)・・・下記<★施設情報>に同じ 住所: 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1丁目〇〇-〇〇〇
	<input type="checkbox"/> 実習先の施設(施設名)
	<input checked="" type="checkbox"/> 患者(氏名)フルネームでご記入下さい <b>早久 なお子</b> TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	<input type="checkbox"/> その他(氏名・施設名) 年齢: <b>72</b> 歳 (男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女)

★ 事 故 状 況	事故日: (西暦) 20××年 〇〇月 〇〇日 △曜日 (午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後) <b>2時 30分頃</b>
	事故場所: <b>東京</b> 都道府県 <b>中央</b> 区市郡 <b>宇井留病院内</b>
	いずれかを○で囲んでください ⇒ ( <input checked="" type="checkbox"/> 臨地実習中・ <input type="checkbox"/> 学内・ <input type="checkbox"/> 学外 )
	<b>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。</b>
	◇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。

ケガの状況などをなるべく詳しくご記入ください。

★**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。** <税抜><税込>いずれか記入

破損物名:	購入当時の年月日:	購入当時の価格: ¥	<税抜>
		¥	<税込>
修理: (可・不可)	修理費: ¥	<税抜>	
	¥	<税込>	同じ物または同等品の再購入価格: ¥
			¥ <税抜>
			¥ <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: <b>ウイールカンゴセンモンガッコウ</b>	フリガナ: <b>フクシサチコ</b>
	施設名: <b>宇井留看護専門学校</b> (学校名)	担当者: <b>福祉 幸子</b>
	フリガナ: <b>トウキョウトチュウオウクシンカワ</b>	TEL: <b>03-〇〇〇〇-〇〇〇〇</b>
	住所: 〒 <b>104 - 0033</b> <b>東京都中央区新川 2-22-2</b>	※ 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。

養成施設で記入・捺印していただく欄になります。

★ 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	<b>校長 宇井留 花子</b>	

事務局記入	整理No.	Will	Will1	Will2	Will3	Will3DX	②賠償
			教職員	通信30	通信60	研修	