

① 「Will」 傷害 事故報告書

保険種目： 一般社団法人日本看護学校協議会共済会
傷害保険・学生生徒総合保険

◇この事故報告書は、郵送でなく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。
◇事故日よりできるだけ30日以内にご通知ください。

★太枠欄にもれなくご記入ください。

引受確認欄*保険会社が記入

整理No.:

-

加入者証番号 : 16-

学校ID:

受付No.:

報告日: 年 月 日

Will 1	Will 2	Will 3	Will 3 DX	教職員	通信	研修
--------	--------	--------	-----------	-----	----	----

★負傷者（被保険者）…おケガをされた方

フリガナ: 男・女 年齢: 歳 TEL:

氏名: □教職員 □学生 学科: 学年:

住所: 〒

★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。

フリガナ:

親権者氏名: 被保険者との関係: 父・母 その他()

親権者住所: 〒 TEL:

★おケガの内容をご記入ください

※傷害事故報告の場合、②補足資料「Will」賠償事故状況図のご提出は不要です。

事故日: 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分頃

事故場所: 都・道 区・市 町
府・県 郡

※おケガをされた時間帯に○印をつけてください。

臨地実習中 (在宅実習中の移動含む)	学校⇄実習先移動中	自宅⇄実習先間移動中	プライベートな時間
	登校中 下校中	授業中 休み時間	
	学内演習中 学校行事中	放課後 部活・サークル活動中	その他()

事故状況:

◇おケガの定義である“急激かつ偶然な”状況は記入されていますか。
◇相手がある傷害事故の場合、相手からの請求については、“②賠償(個人賠償責任保険)”で対応できる場合もあります。
※ただし、ご自身の乗り物が自動車・バイクなどのエンジン付きの場合は除きます。

★おケガの治療内容をご記入ください

傷病部位:	傷病名:
病院名:	担当医師名:
入院(見込み・確定): 月 日 ~ 月 日	後遺障害: 有・無
通院(見込み・確定): 月 日 ~ 月 日	(見込み)

◇はじめに病院に行った日(初診日)が入院・通院どちらかの開始日になります。 ◇報告時に不明の場合は、未記入でかまいません。

「Will」ご加入の養成施設の情報を下記枠内にご記入ください。

また、事故確認欄の該当項目に○印を付け、養成施設代表者名をご記入、ご捺印をお願いします。

フリガナ: フリガナ:

施設名: 担当者:

フリガナ: TEL:

施設住所: 〒

※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	<input type="radio"/>	上記事故は実習中に発生したことを確認します
	<input type="radio"/>	上記事故は学校管理下に発生したことを確認します
	<input type="radio"/>	実習中・学校管理下以外のプライベート中に発生

上記の事故が発生したことを確認します。

養成施設
代表者名

印

① 傷害