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

2017年度用
① 傷害

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
総合生活保険（傷害補償・こども総合補償）

◇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。
（30日を超えた場合は、ご相談ください。）

報告日：(西暦)20 17 年 4月 14日

引受確認欄*保険会社が記入						
整理No.			加入者証番号		受付No.	学校ID
-			17-			
Will1	Will2	Will3	Will3DX	教職員	通信	研修

★必須記入 ☆負傷者が未成年の場合記入

★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。

フリガナ：イリョウ モモコ
氏名：医療 桃子
住所：〒 ○○○-○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室
TEL：090-○○○○-○○○○

生年月日：(西暦)1999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
学年：1年

☆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：イリョウ イチロウ
氏名：医療 一朗
住所：〒 ○○○-○○○○
○○県○○市○○1丁目○○-○○○

被保険者との関係：(父) 母 その他（ ）
TEL：○○○-○○○○-○○○○

★事故（ケガ）状況

事故日：(西暦)20 17 年 4 月 13 日 木 曜日
時間：(午前)・午後 8:30 頃

事故場所：東京 (都)・道・府・県 中央 (区)・市・郡 ○○付近

※どのようにケガをされたか、
急激かつ偶然な状況がわかるように、詳しくご記入ください。

移動手段：徒歩・自転車・バイク・車

通学途中、駅の階段を降りる際、階段を踏み外し左足をひねってしまった。

※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。
◇相手がある傷害事故の時、相手からの請求については、"②賠償（個人賠償責任保険）"で対応できる事もあります。
※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。

★ケガをした時間帯に○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	
(登校中)	下校中
授業（体育以外）	体育の授業中
休み時間	学内演習中
放課後	学校行事中
部活・サークル活動中	
プライベート	
その他	

★治療状況

※初診日必須 = 入院・通院どちらかの開始日（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
(通院)（見込み・確定） 4月 13日 ～ 4月 26日

※複数記入可
病院名：宇井留病院
担当医師名：山田 すすむ

後遺障害（見込み）：有・無 ◇報告時に不明の場合は、未記入でかまいません。

傷病名：打撲 骨折 むち打ち (捻挫) 靭帯損傷 脱臼 火傷 (その他) すり傷（ ）

部位：頭 歯 首 肩 胸 腰 右腕 左腕 右足 (左足) (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。

★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（学校名）：宇井留看護専門学校

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2-22-6

フリガナ：フクシサチコ
担当者：福祉 幸子
TEL：03-○○○○-○○○○

※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
○	上記事故は学校管理下に発生したことを確認します
	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（学校）代表者名 宇井留 花子

宇井留看護専門学校之印