

# ② 「Will」 賠償 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。

報告日： (西暦) 20 17年 4月 15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-		

★必須記入 ☆被保険者が未成年の場合記入

★ 被 保 険 者	フリガナ: イリョウ モモコ	生年月日: (西暦) 1998年 4月 10日		
	氏名: 医療 桃子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	※年齢: 19歳	
	住所: 〒0000-0000	<input type="checkbox"/> 教職員	<input checked="" type="checkbox"/> 学生	→未成年の場合、★親権者欄も記入
	東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇〇アパート〇号室			学科: 看護 学年: 1年
TEL: 090-0000-0000				

☆ 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: <input checked="" type="radio"/> 父・母	その他( )
親権者氏名: 医療 一朗	TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
親権者住所: 〒〇〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇県〇〇市〇〇1丁目〇〇-〇〇〇	

★ 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。	
<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)	TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
<input checked="" type="checkbox"/> 患者: (氏名) 早久 なお子	年齢: 40歳	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
<input type="checkbox"/> その他: (氏名・施設名)		

★ 事 故 状 況	事故日: (西暦) 2017年 4月 13日 木曜日	午前・ <input checked="" type="radio"/> 午後 2時 30分頃
	事故場所: 東京 <input checked="" type="radio"/> 道 府・県 中央 <input checked="" type="radio"/> 市 郡 宇井留病院内	
	いずれかを○で囲んでください ⇒ ( <input checked="" type="radio"/> 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動する際、 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。	
	※交通事故等の場合は、過失割合の算出に必要な為、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:	破損物の購入時期:
破損物の購入時価格:	※修理: 可 ・ 不可

※修理見積書・写真を必ずご用意ください。(修理不可の場合は、修理不能証明書・再購入の見積書が必要になります)

≪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	※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

