

# ⑤「Will」傷害を伴わない感染事故報告書

(実習中・学生専用)

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 (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。

★必須記入 ☆被保険者が未成年の場合記入

報告日：(西暦) 20 年 月 日

★ 被 保 険 者	感染事故にあわれた方の情報を記入ください。	生年月日：(西暦) 年 月 日	→未成年の場合、★親権者欄も記入
	フリガナ： 男・女	※年齢： 歳	
	氏名： 学科： 学年：		
	住所： 〒 TEL： _____		

☆ 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： 被保険者との関係： 父・母 その他( )	
氏名： TEL： _____	
住所： 〒	

★ 事 故 状 況	事故日：(西暦) 20 年 月 日 曜日 時間： 午前・午後 : 頃
	事故場所： 都・道 区・市 府・県 郡
	実習施設名： _____
	※感染事故の状況を詳しくご記入ください。

★ 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	病院名： ※複数記入可
	入院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日	担当医師名： _____
	通院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日	
	※傷害を伴わない事故での通院日額は対象外になります。	
傷病名： _____	部 位： _____	

≪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： _____	フリガナ： _____
	施設名： (学校名) _____	担当者： _____
	フリガナ： _____	TEL： _____
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

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



<引受確認欄> 共済制度事務局使用

整理No.	加入者証番号	受付No.	学校ID	Will1	Will2	Will3	Will3DX
-	18-			教職員	通信	通信30	研修

⑤傷害伴わない感染