

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・子ども総合補償）

◇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。）

★必須記入 ☆負傷者が未成年の場合記入

報告日：(西暦) 20 年 月 日

★ 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： 氏名： 住所： 〒	男・女 <input type="checkbox"/> 教職員	※年齢： 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入 <input type="checkbox"/> 学生 学科： 学年：
	TEL： _____		

★ 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： 氏名： 住所： 〒	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 年 月 日 曜日	時間： 午前・午後 : 頃	★ 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
	事故場所： 都・道 区・市 府・県 郡		
	※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。	受傷時の乗りもの： 自転車 バイク 車 徒歩 その他()	
	※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。		

★ 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。		※複数記入可 病院名：	
	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			
	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()		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： 施設名： (学校名)	フリガナ： 担当者：
	フリガナ： 住所： 〒	TEL： _____
※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
	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	

<<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

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
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	フリガナ： _____	生年月日：(西暦) _____ 年 月 日	
	氏名： _____	男・女 _____	※年齢： _____ 歳 →未成年の場合、★親権者欄も記入
	住所： 〒 _____	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 学生	学科： _____
	TEL： _____		学年： _____

☆ 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()
	親権者氏名： _____	TEL： _____
	親権者住所： 〒 _____	

★ 被 害 者	該当被害者欄にチェック☑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 <small>(施設名)</small>	住所：〒 _____
	<input type="checkbox"/> 実習先の施設： <small>(氏名)</small>	TEL： _____
	<input type="checkbox"/> 患者： <small>(氏名・施設名)</small>	年齢： _____ 歳 男・女
	<input type="checkbox"/> その他：	

★ 事 故 状 況	事故日：(西暦) 20 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分頃
	事故場所： 都・道 区・市 府・県 郡
	いずれかを○で囲んでください ⇒ (臨地実習中・学内・学外)
	※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
	修理費：¥ _____ 再購入費：¥ _____

※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： _____	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	(印)

<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

②補足資料-「Will」賠償事故状況図

※こちらの用紙は、主に交通事故における賠償事故報告時に、②賠償の用紙と共にご提出してください。

加入養成施設(学校)名:

被保険者氏名:

1. 事故日: (西暦) 20 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分頃

2. 事故場所: 都・道 区・市 府・県 郡

3. 交通手段: 徒歩・自転車 (※バイク・車の賠償はWillの補償対象外です)

4. ご連絡TEL: ※日中に連絡の取れる番号を必ずご記入ください。

5. 最寄りの警察署への届出日: (西暦) 20 年 月 日

<お相手の情報>

※未成年の場合 ⇒ 親権者の氏名:

1. 相手氏名: 年齢: 職業:

連絡先TEL:

2. 交通手段: 徒歩・自転車・バイク・車(乗用車・トラック)

3. 加入の保険会社名: 担当者名: TEL:

4. 過失割合: (自分) 対 (相手) ※相手方の損害保険会社から提示された場合にご記入ください。

5. ケガの状況:

★事故場所は番地までご記入ください。

<記入上の注意事項>

事故の発生状況(主に下記① ② ③)を、記入例を参考にして詳細に作成してください。

① 道路状況(道路幅、道路の勾配状況(下り坂・登り坂)、交差点、信号、道路標識の有無等)、あわせて目印となる建物(コンビニ等)があれば記入してください。

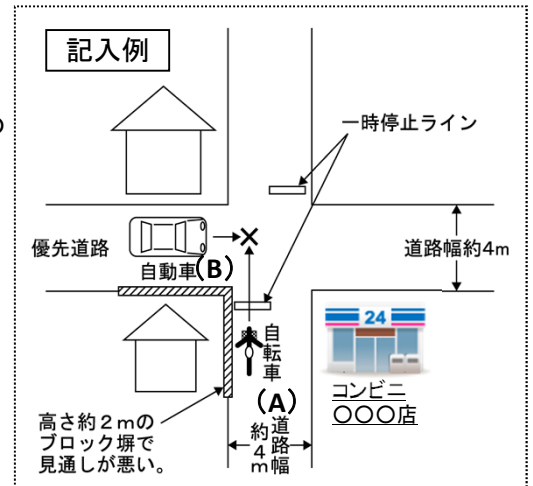
② 自分(A)と相手(B)の事故直前の位置

③ 自分(A)と相手(B)の接触時の位置

※ その他危険行為(無灯火・右側通行・スピードの出し過ぎ・片手運転・音楽プレーヤーを聞きながら・スマートフォン操作中等)も余白に書いてください。

<備考>

損害賠償金は、相手方の損害額を算出し、過失割合分での支払いになる為、相手の損害額の全額を保険金で支払えない場合もございます。



★ 事故状況図:

示談交渉サービス

利用する 利用しない : どちらかに☑してください。

注

- 鍵の紛失(学生・教職員共通)は本紙
- 教職員の受託物の紛失は本紙
- 学生の受託物の紛失は⑥共済の用紙

③ 「Will」 賠償(受託物) 事故報告書

(預かり物(受託物)の損壊・紛失・盗取・詐取の場合)

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	フリガナ:	生年月日: (西暦) 年 月 日	→未成年の場合、★親権者欄も記入	
	氏名:	男・女	※年齢:	歳
	住所: 〒	<input type="checkbox"/> 教職員	<input type="checkbox"/> 学生	学科:
	TEL: _____			学年:

☆ 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。	被保険者との関係: 父・母 その他()
	フリガナ:	TEL: _____
	親権者氏名:	
	親権者住所: 〒	

★ 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: 〒
	<input type="checkbox"/> 実習先の施設: (名称) TEL: _____
	<input type="checkbox"/> 患者: (氏名)
	<input type="checkbox"/> その他: 年齢: 歳 男・女

★ 事 故 状 況	事故日: (西暦) 20 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分頃
	事故場所: 都・道 区・市 府・県 郡
	預かった状況: ※下記㊦㊧のどちらかを必ずご記入ください。
	㊦ 月 日 時頃 ~ 月 日 時頃まで ㊧ (どこから) ~ (どこまで)
	いずれかを○で囲んでください ⇒ (臨地実習中・学内・学外)
	●錠(シリンダー)交換の必要あり・なしを○で囲んでください ⇒ あり・なし
●損壊・紛失した、盗取・詐取された物(受託物)に関して必ず下欄に記入ください。	
受託物名: _____ 受託物の購入時期: _____	
受託物の購入時価格: ¥ _____ ※修理: 可・不可 修理費: ¥ _____ 再購入費: ¥ _____	

盗難届出警察署名: _____ TEL: _____ 受理No.: _____

※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:	フリガナ:
	施設名: (学校名)	担当者:
	住所: 〒 _____	TEL: _____
※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	(印)

<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

④ 「Will」 針刺し事故等傷害を伴う感染事故報告書

(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 (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。

★ 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
おケガ(感染事故)をされた方の情報を記入ください。生年月日: (西暦) 年 月 日
フリガナ: 男・女 ※年齢: 歳 →未成年の場合、★親権者欄も記入
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:
氏名: 被保険者との関係: 父・母 その他()
住所: 〒 TEL: _____

★ 事故(ケガ)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:
※どのようにケガ(感染事故)をされたか、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
入院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日
通院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日
※複数記入可
病院名:
担当医師名:
※針刺し事故での傷害通院日額の対応は、原則[事故日当日]に通院した1日分のみの対応となります。
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:
施設名: (学校名) フリガナ:
住所: 〒 担当者:
フリガナ: TEL:
※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 (印)

<引受確認欄> 共済制度事務局使用

Table with 8 columns: 整理No., 加入者証番号, 受付No., 学校ID, Will1, Will2, Will3, Will3DX. Row 1: -, 18-, 教職員, 通信, 通信30, 研修

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： _____	_____
	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： _____
	住所： 〒 _____	TEL： _____

※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

⑥ 「Will」共済制度 事故報告書

種目： 一般社団法人日本看護学校協議会共済会 共済制度

◇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。

★太枠欄にもれなくご記入ください。

報告日：(西暦) 20 年 月 日

★ 被保険者	フリガナ： _____	生年月日：(西暦) _____ 年 月 日
	氏名： _____	年齢： _____ 歳 男・女
	住所： 〒 _____	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 学生 学科： _____
	TEL： _____	学年： _____

★ 事故内容	事故日：(西暦) 20 年 月 日 曜日	午前・午後 時 分頃
	事故場所： _____ 都・道 区・市 町 府・県 郡	
	時間帯に 必ず ○印をつけてください ⇒ 臨地実習中・学校管理下・プライベートな時間・その他()	
	事故状況：	<p>●感染請求の際には、下記項目も必ずご記入ください。</p> <p>① 実習先で感染者との濃厚接触の有無に○ → あり・なし → ありに○をつけ、被保険者が学生の場合は、事故報告書⑤に濃厚接触があった事を明記し、別途ご提出ください。</p> <p>② 感染症と診断された日：(西暦) 20 年 月 日 (診断日が加入期間内であることが見舞金対応の条件です)</p> <p>③ 感染症名： _____ (※対象感染症名一覧は裏面参照してください)</p> <p>④ 診断を受けた医療機関名： _____</p> <p>●物損請求の際には、下記項目も必ずご記入ください。</p> <p>① 破損物名： _____</p> <p>② 被害者： 養成施設・実習先の施設・患者・(その他: _____)</p> <p>③ 破損物の購入時価格： ¥ _____</p> <p>④ 破損物の購入時期：(西暦) 20 年 月 日</p> <p>⑤ 修理可 ⇒ 修理費 ¥ _____</p> <p>⑥ 修理不可 ⇒ 再購入価格 ¥ _____</p>

＜受託物の紛失事故報告の際は以下にご注意ください＞
①学生「Will」の受託物の”紛失”は、正課・学校行事目的の場合に限り、対応いたします。
②現金の盗難や紛失は対象外となります。

《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： _____	フリガナ： _____
	施設名： _____ (学校名)	担当者： _____
	フリガナ： _____	TEL： _____
施設住所： 〒 _____	※共済制度事務局より施設のご担当者様宛に共済見舞金の請求書類を送付いたします。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	(印)	

引受確認欄*		整理No.		加入者証番号		受付No.	学校ID
共済制度事務局が記入		-		18-			
Will1	Will2	Will3	Will3DX	教職員	通信	通信30	研修

診断書	
領収書(診療)	
診療明細書	
領収書(調剤)	
調剤明細書	
罹患証明書類	
用紙種類	
★ア. 感染学生1	
☆イ. 感染教職員1	
●ウ. 共通	
◆エ. D損害実費	

共済感染学生	共済感染教職員	31◆●その他1 賠償対象外
11★1-①日額+治療	21★ 感染教職員1	32◆●その他2 熱中食中
12● 1-②治療(通)	22● 2-(1) 検査+治療(研)	33◆●その他3 予期せぬ
13● 1-③検+治	23● 2-(2)-① 実習先	34◆●その他4 災害
14● 2-① 実習先	24● 2-(2)-② 学内	35● その他5 吊慰
15● 2-② 学内	25● 2-(2)-③ 見舞	36● その他6 紛争
16● 2-③ 見舞		37◆●その他7

(a) その他内容

- A. 医療実費 ●
- B. 画像診断 ●
- C. 検査代 ●
- D. 損害実費 ◆●
- E. 自由記入 ◆● 差額 /

(b) 費用種類

- あ. 時価額
- い. 購入時価格
- う. 再購入価格
- え. 限度額
- お. 修理費
- か. 自由記入

2018年度「Will」補償対象となる感染症名一覧（学生・教職員共通）

1. 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（表中【法】と記載）「同施行令」（表中【政令】と記載）「同施行規則」（表中【省令】と記載）に定める1類～5類の感染症、「新型インフルエンザ等感染症」「指定感染症」「新感染症」

分類	感染症名
1類感染症	【法】 エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
2類感染症	【法】 急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る）、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る）、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）
3類感染症	【法】 コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス
4類感染症	【法】 E型肝炎、A型肝炎、黄熱、Q熱、狂犬病、炭疽、鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9）を除く）、ボツリヌス症、マラリア、野兔病 【政令】 ウエストナイル熱、エキノコックス症、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャサナル森林病、コクシジオイデス症、サル痘、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、チクングニア熱、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、Bウイルス病、鼻疽、ブルセラ症、ベネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、レジオネラ症、レプトスピラ症、ロッキー山紅斑熱
5類感染症	【法】 インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く）、ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く）、クリプトスポリジウム症、後天性免疫不全症候群、性器クラミジア感染症、梅毒、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（MRSA） 【省令】 アメーバ赤痢、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、感染性胃腸炎、急性出血性結膜炎、急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く）、クラミジア肺炎（オウム病を除く）、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、細菌性髄膜炎（髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く）、ジアルジア症、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、先天性風しん症候群、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、播種性クリプトコックス症、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症、流行性角結膜炎、流行性耳下腺炎、淋菌感染症
新型インフルエンザ等感染症	該当なし
指定感染症	該当なし
新感染症	該当なし

2. 一般社団法人日本看護学校協議会共済会が指定する感染症

疥癬、成人性T細胞性白血病、ウイルス性心外膜炎、伝染性単核球症、溶連菌感染による合併症