

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(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。

★ 必須記入 ☆ 被保険者が未成年の場合記入

報告日: (西暦) 20 18 年 4 月 23 日

★ 被 保 険 者	フリガナ: イリョウ モモコ	生年月日: (西暦) 1999 年 4 月 10 日	
	氏名: 医療 桃子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	※年齢: 19 歳
	住所: 〒000-0000	<input type="checkbox"/> 教職員	<input checked="" type="checkbox"/> 学生
	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: 000-0000-0000
親権者住所: 〒000-0000 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 checked="" 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:	TEL:
<input type="checkbox"/> 患者:	
<input type="checkbox"/> その他:	年齢: 歳 男・女

★ 事 故 状 況	事故日: (西暦) 20 18 年 4 月 20 日 金曜日 午前(午後) 2 時 30 分頃
	事故場所: 東京 (都・道) 中央 (区・市) 宇井留病院内
	預かった状況: ※下記①②のどちらかを必ずご記入ください。
	<input checked="" type="radio"/> 4 月 9 日 10 時頃 ~ 4 月 20 日 10 時頃まで <input checked="" type="radio"/> ~
	いずれかを○で囲んでください ⇒ (臨地実習中) 学内・学外)
	学校から実習のために借りていた水銀血圧計を落としてしまい、破損した。
●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: 水銀血圧計	受託物の購入時期: 2017 年 4 月
受託物の購入時価格: ¥ 4,980-	※修理: <input checked="" type="checkbox"/> 可 修理費 ¥ 2,160- 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: ウイルカ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



<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