

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
賠償責任保険

◇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。

★太枠欄にもれなくご記入ください。

引受確認欄*保険会社が記入

報告日： 年 月 日

整理No.:

-

加入者証番号 : 16-

学校ID:

受付No.:

★被保険者の情報をご記入ください。

フリガナ:	生年月日: 昭和・平成 年 月 日
氏名:	年齢 : 歳 男・女 TEL:
住所: 〒	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 学生 学科: 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:	
親権者氏名:	被保険者との関係: 父・母 その他()
親権者住所: 〒	TEL:

★被害者の情報を必ずご記入ください。

被害者氏名(必須):	年齢: 歳 男・女 TEL:
被害者住所: 〒	

※上記に必ずご記入の上、該当項目に○をつけてください : 学校・実習先の施設・患者・その他()

★事故の内容をご記入ください

事故日:	年 月 日 曜日	午前・午後 時 分頃
事故場所:	都・道 区・市 町	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)

事故状況

※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)

「Will」ご加入の養成施設の情報を下記枠内ご記入ください。養成施設代表者名のご記入、ご捺印もお願いします。

フリガナ:	フリガナ:
施設名:	担当者:
フリガナ:	TEL:
施設住所: 〒	※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
代表者名

印

②賠償