

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ください。
★太枠欄にもれなくご記入ください。

報告日： 年 月 日

★被保険者の情報をご記入ください。

フリガナ： 男・女 年齢： 歳 TEL：
被保険者氏名： □教職員 □学生 学科： 学年：
被保険者住所： 〒

★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
※時間帯に○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( )
●感染請求の際には、下記項目をご記入ください。
感染症と診断された日： 年 月 日
⇒診断日が加入期間内であることが条件です。
感染症名：
診断を受けた医療機関名：
医療機関 TEL：
○物損請求の際には、下記項目をご記入ください。
破損物名：
破損物の購入時価格： ¥
破損物の購入時期： 年 月 日
修理可 ⇒修理費 ¥
修理不可 ⇒再購入価格 ¥
※対象感染症名一覧は裏面参照してください。
※現金の盗難や紛失は対象外となります。

★「Will」ご加入の養成施設の情報を枠内にご記入ください。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： 担当者：
施設名： 担当：
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。
養成施設代表者名 (印)

<引受確認欄：共済制度事務局が記入>

整理No.： - 加入タイプ： 1 2 3 DX 教職員
受付No.： 通信 通信30 研修

⑥ 共済

学校ID：
加入者証番号：16-

Table with 3 columns: 共済感染学生, 共済感染教職員, and 31◆●その他1 賠償対象外, 32◆●その他2 熱中食中, 33◆●その他3 予期せぬ, 34◆●その他4 災害, 35● その他5 弔慰, 36● その他6 紛争, 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
(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

- 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