

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： 28年 4月 15日

★被保険者の情報をご記入ください。

フリガナ： カンゴモモコ 男・(女) 年齢： 19歳 TEL： 090-0000-0000
被保険者氏名： 看護 桃子 □教職員 [x]学生 学科： 看護 学年： 2年
被保険者住所： 〒 000-0000 東京都00区001-2-3 000アパート0号室

★事故の内容をご記入ください

事故日： 28年 4月 13日 曜日 午前・午後 時 分頃
事故場所： 東京(都道府県) 中央(区市郡) 町
※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)

●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： 平成28年 4月 13日
⇒診断日が加入期間内であることが条件です。
感染症名： インフルエンザ
診断を受けた医療機関名： 宇井留病院
医療機関 TEL： 00-x x x x-△△△△

事故状況：
実習先病院で、インフルエンザが流行しており、後日自分も発症してしまった。治療のため、2日間通院した。

○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： ウイルカンゴセンモンガッコウ 施設名： 宇井留看護専門学校
フリガナ： トウキョウトチュウオウクシンカフ 施設住所： 〒104-0033 東京都中央区新川2-2 2-6
担当者： 福祉 幸子 TEL： 03-0000-0000
※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 宇井留看護専門学校 宇井留 花子
宇井留看護専門学校之印

<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

⑥ 共済

学校ID： 受付No.： 通信 通信30 研修

加入者証番号：16-

Table with 2 columns: 共済感染学生, 共済感染教職員. Rows include codes for medical treatment, examination, and other categories.

(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