

# 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。

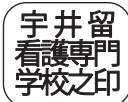
|  |   |               |                    |
|--|---|---------------|--------------------|
| フリガナ： カンゴモモコ                                   | 男・ <b>女</b>   | 年齢： 19歳       | TEL： 090-0000-0000 |
| 被保険者氏名： <b>看護 桃子</b>                           | <input type="checkbox"/> 教職員 <input checked="" type="checkbox"/> 学生 | 学科： <b>看護</b> | 学年： 2年             |
| 被保険者住所： 〒 000-0000<br>東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇〇アパート〇号室 |   |               |                    |

### ★事故の内容をご記入ください

|  |        |  |           |    |
|--|--------|--|-----------|----|
| 事故日： 28年 4月 13日  | 曜日： 曜日 | 午前・午後  | 時         | 分頃 |
| 事故場所： 東京 <b>都</b> 道 中央 <b>区</b> 市  | 町      |  |           |    |
| ※時間帯に○印をつけてください ⇒ <b>臨地実習中</b>   |        | 学校管理下  | プライベートな時間 |    |
| <p>●<b>感染請求</b>の際には、下記項目をご記入ください。</p> <p>感染症と診断された日： <u>平成28年 4月 13日</u><br/>⇒診断日が加入期間内であることが条件です。</p> <p>感染症名： <u>インフルエンザ</u></p> <p>診断を受けた医療機関名： <u>宇井留病院</u></p> <p>医療機関 TEL： <u>〇〇-××××-△△△△</u></p> |        | <p>事故状況：</p> <p>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。</p> |           |    |
| <p>○<b>物損請求</b>の際には、下記項目をご記入ください。</p> <p>破損物名： _____</p> <p>破損物の購入時価格： _____ ¥</p> <p>破損物の購入時期： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>修理可 ⇒修理費 _____ ¥</p> <p>修理不可 ⇒再購入価格 _____ ¥</p>                           |        | <p>※対象感染症名一覧は裏面参照してください。</p> <p>※現金の盗難や紛失は対象外となります。</p>                |           |    |

### ★「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                | フリガナ： フクシサチコ   |
| 施設名： <b>宇井留看護専門学校</b>               | 担当者： <b>福祉 幸子</b>  |
| フリガナ： トウキョウトチュウオウクシンカフ              | TEL： 03-0000-0000  |
| 施設住所： 〒 104-0033<br>東京都中央区新川2-2 2-6 | ※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                            | <b>宇井留看護専門学校 宇井留 花子</b>                                      |



### <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

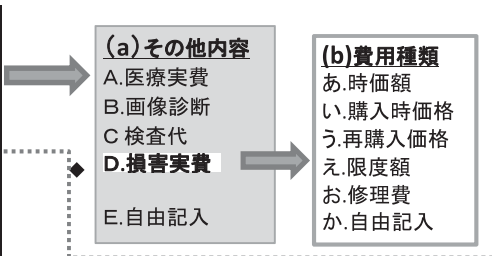
学校ID：

受付No.：

通信 通信30 研修

加入者証番号：16-

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



| 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   |