



# 平成28年度 総合補償制度「Will」事故報告書送付のご案内

平成28年度、総合補償制度「Will」にご加入いただき、誠にありがとうございます。事故発生時にお使いいただく事故報告書をお送りいたします。この用紙は原紙としてお手元に保管いただき、事故報告の際には、この用紙をコピー、もしくはダウンロード<sup>※1)</sup>していただき、ご記入のうえ、FAXにて「Will」事務局までご連絡ください。

パンフレットに挟んである『Will』事故例と事故報告書 記入例<sup>※</sup>には、事故報告書のご記入方法及び事故報告方法等を記載していますので、ご参照ください。

また、事故発生時の対応や解決までの流れ<sup>※2)</sup>については、学生さんにもご理解いただけるよう、一般社団法人日本看護学校協議会共済会のホームページに分かりやすく掲載しておりますので、こちらもご活用ください。注1)・注2)・注3)確認方法につきましては、**図I**をご参照ください。

※平成28年度は感染補償充実のため、記載の**⑥共済制度**用紙に変更がございました。新しい内容は、ホームページの記入例<sup>※3)</sup>にてご確認ください。

## お願い

今回お送りした事故報告書用紙は原紙としてお手元に保管していただき、事故報告の際は、コピーした用紙にてご報告ください。

## < 事故報告書の種類と用途 >

用紙名	用途
① 「Will」傷害事故報告書	ご自身のケガの報告 ※②補足資料-賠償事故状況図は不要です。 ☆30日を過ぎましても、事故日が加入期間中であり、ケガと治療の因果関係がはっきりしていただければご報告いただけます。
② 「Will」賠償事故報告書 ②補足資料-賠償事故状況図	「預かり物(受託物)」以外の賠償事故の報告 ☆交通事故(自転車等)による賠償事故で、相手の物を壊したり、相手にケガを負わせた場合は必ず②「Will」賠償事故報告書と共にご提出ください。
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・詐取による賠償事故の報告
④ 「Will」針刺し事故等傷害を伴う感染事故報告書	損害保険・共済制度兼用 (実習中・学生専用)
⑤ 「Will」傷害を伴わない感染事故報告書	損害保険・共済制度兼用 (実習中・学生専用)
⑥ 「Will」共済制度事故報告	感染事故(治療費用、入・通院費用)や共済制度での対象となる事故の報告 ☆教職員の感染事故の場合は全てこの報告書でご報告ください。(④⑤は学生専用の為、お使いいただけません。)

## お願い

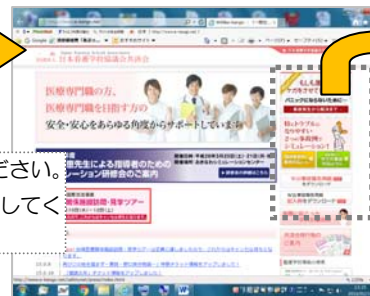
- 事故内容の確認や各種書類送付のため、事故報告書には**必ずご担当者様のお名前**をご記入ください。
- 事故報告書の氏名、住所等には**必ずフリガナ**をお書きください。
- 事故報告書は、必ず**当年度 28年度用** をご使用ください。

一般社団法人日本看護学校協議会共済会  
ホームページの確認方法 (<http://www.e-kango.net/>)

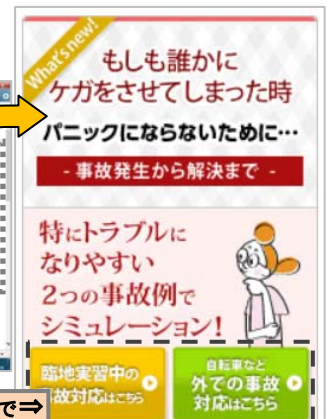
e-kango.net

検索

- ※インターネット検索画面で、検索してください。
- ※画面右上部分に、表示されるボタンを押してください。



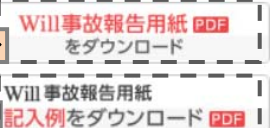
図I



注2) 事故発生から解決まで⇒

注1) 事故報告用紙 ⇒

注3) 記入例 ⇒



ご不明な点などございましたら、下記へご連絡ください。  
TEL : 0120-863755 (9:00~17:00 土・日・祝日を除く)  
FAX : 0120-782279 (24 時間)  
E-mail : will-jiko@mbr.nifty.com (事故報告専用)  
一般社団法人日本看護学校協議会共済会「Will」事務局

# ① 「Will」 傷害 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  
傷害保険・学生生徒総合保険

◇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。  
◇事故日よりできるだけ30日以内にご通知ください。

★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

整理No.:

-

加入者証番号 : 16-

学校ID:

受付No.:

報告日: 年 月 日

Will 1	Will 2	Will 3	Will 3 DX	教職員	通信	研修
--------	--------	--------	-----------	-----	----	----

## ★負傷者（被保険者）…おケガをされた方

フリガナ: 男・女 年齢: 歳 TEL:

氏名: □教職員 □学生 学科: 学年:

住所: 〒

## ★親権者…負傷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:

## ★おケガの内容をご記入ください

※傷害事故報告の場合、②補足資料「Will」賠償事故状況図のご提出は不要です。

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

※おケガをされた時間帯に○印をつけてください。

臨地実習中 (在宅実習中の移動含む)	学校⇄実習先移動中	自宅⇄実習先間移動中	プライベートな時間
	登校中 下校中	授業中 休み時間	
	学内演習中 学校行事中	放課後 部活・サークル活動中	その他( )

事故状況:

◇おケガの定義である“急激かつ偶然な”状況は記入されていますか。  
◇相手がある傷害事故の場合、相手からの請求については、“②賠償(個人賠償責任保険)”で対応できる場合もあります。  
※ただし、ご自身の乗り物が自動車・バイクなどのエンジン付きの場合は除きます。

## ★おケガの治療内容をご記入ください

傷病部位:	傷病名:
病院名:	担当医師名:
入院(見込み・確定): 月 日 ~ 月 日	後遺障害: 有・無
通院(見込み・確定): 月 日 ~ 月 日	(見込み)

◇はじめに病院に行った日(初診日)が入院・通院どちらかの開始日になります。 ◇報告時に不明の場合は、未記入でかまいません。

「Will」ご加入の養成施設の情報を下記枠内にご記入ください。

また、事故確認欄の該当項目に○印を付け、養成施設代表者名をご記入、ご捺印をお願いします。

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	<input type="radio"/>	上記事故は実習中に発生したことを確認します
	<input type="radio"/>	上記事故は学校管理下に発生したことを確認します
	<input type="radio"/>	実習中・学校管理下以外のプライベート中に発生

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

① 傷害

# 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
事故状況	いずれかを○で囲んでください ⇒ ( 臨地実習中・学内・学外 )	
	※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



### ③ 「Will」 賠償 (受託物) 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

#### (預かり物 (受託物) の損壊・紛失・盗取・詐取の場合)

◇この事故報告書は、郵送でなくFAXにてお送りいただき、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

整理No.: -

報告日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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 \_\_\_\_\_ 府・県 \_\_\_\_\_ 町

預かった状況: ※下記㊦㊧のどちらかを必ずご記入ください。

㊦	月 日 時頃 ~ 月 日 時頃まで	㊧	(どこから) ~ (どこまで)
---	-------------------	---	-----------------

いずれかを○で囲んでください ⇒ ( 臨地実習中・学内・学外 )

●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:	受託物の購入時期:
受託物の購入時価格:	※修理: 可・不可

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)

「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

㊦

③賠償  
(受託物)

④ 「Will」 針刺し事故等傷害を伴う感染事故報告書

(実習中・学生専用)

(損害保険・共済制度兼用)

保険種目： 一般社団法人日本看護学校協議会共済会  
傷害保険・学生生徒総合保険

◇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

整理No. : -

加入者証番号 : 16-

学校ID :

受付No. :

報告日 : 年 月 日

Will 1	Will 2	Will 3	Will 3 DX		通信	研修
--------	--------	--------	-----------	--	----	----

★負傷者 (被保険者)

フリガナ:	生年月日: 昭和・平成 年 月 日
氏名:	男・女 年齢: 歳 TEL:
住所: 〒	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 学生 学科: 学年:

☆親権者…負傷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:

★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 郡	府・県	町
施設名:			
事故状況:			

★治療内容をご記入ください

傷病部位:	傷病名:
病院名:	担当医師名:
入院 (見込み・確定) : 月 日 ~ 月 日	後遺障害 : 有 ・ 無
通院 (見込み・確定) : 月 日 ~ 月 日	(見込み)

◇はじめに病院に行った日(初診日)が入院・通院どちらかの開始日になります。 ◇報告時に不明の場合は、記入なしでかまいません。

※針刺し事故での傷害通院日額の対応は、原則【事故日当日】に通院した1日分のみの対応となります。

「Will」ご加入の養成施設の情報を下記枠内にご記入ください。  
養成施設代表者、もしくは実習担当教員のお名前のご記入と、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  
もしくは  
実習担当教員名

印

④傷害  
伴う感染

# ⑤「Will」傷害を伴わない感染事故報告書 (実習中・学生専用)

(損害保険・共済制度兼用)

保険種目： 一般社団法人日本看護学校協議会共済会  
学生生徒総合保険

◇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

整理No.:

-

加入者証番号 : 16-

学校ID:

受付No.:

報告日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## ★負傷者 (被保険者)

フリガナ:	生年月日: 昭和・平成	年	月	日
氏名:	男・女	年齢:	歳	TEL:
住所: 〒	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 学生	学科:	学年:	

☆親権者…負傷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:

## ★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		
施設名:							
事故状況:							

## ★治療内容をご記入ください

傷病部位:	傷病名:
病院名:	担当医師名:
入院 (見込み・確定): _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日	後遺障害 _____ : 有・無
通院 (見込み・確定): _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日	(見込み)

◇はじめに病院に行った日(初診日)が入院・通院どちらかの開始日になります。 ◇報告時に不明の場合は、記入なしでかまいません。

「Will」ご加入の養成施設の情報を下記枠内にご記入ください。  
養成施設代表者、もしくは実習担当教員のお名前の記入と、ご捺印をお願いします。

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  
もしくは  
実習担当教員名

印

⑤傷害伴わない感染

「Will」事務局 行き

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。 事故状況：  
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： フリガナ：  
施設名： 担当者：  
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  
学校ID： 受信No.： 通信 通信30 研修

⑥ 共済

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

(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



## 平成 28 年度「Will」補償対象となる感染症名一覧 (学生・教職員共通)

1. 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(表中【法】と記載)「同施行令」(表中【政令】と記載)「同施行規則」(表中【省令】と記載)に定める 1 類～ 5 類の感染症、「新型インフルエンザ等感染症」「指定感染症」「新感染症」

分類	感染症名
1 類感染症	【法】 エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
2 類感染症	【法】 急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群 (病原体がコロナウイルス属 SARS コロナウイルスであるものに限る)、中東呼吸器症候群 (病原体がベータコロナウイルス属 MER S コロナウイルスであるものに限る)、鳥インフルエンザ (H5N1、H7N9)
3 類感染症	【法】 コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス
4 類感染症	【法】 E 型肝炎、A 型肝炎、黄熱、Q 熱、狂犬病、炭疽、鳥インフルエンザ (鳥インフルエンザ (H5N1 及び H7N9) を除く)、ボツリヌス症、マラリア、野兔病 【政令】 ウエストナイル熱、エキノコックス症、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャサナル森林病、コクシジオイデス症、サル痘、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群 (病原体がフレボウイルス属 SFT S ウイルスであるものに限る。)、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、チクングニア熱、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、B ウイルス病、鼻疽、ブルセラ症、ベネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、レジオネラ症、レプトスピラ症、ロッキー山紅斑熱
5 類感染症	【法】 インフルエンザ (鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)、ウイルス性肝炎 (E 型肝炎及び A 型肝炎を除く)、クリプトスポリジウム症、後天性免疫不全症候群、性器クラミジア感染症、梅毒、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 (MR S A) 【省令】 アメーバ赤痢、RS ウイルス感染症、咽頭結膜熱、A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、感染性胃腸炎、急性出血性結膜炎、急性脳炎 (ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く)、クラミジア肺炎 (オウム病を除く)、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、細菌性髄膜炎 (髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く)、ジアルジア症、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、先天性風しん症候群、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、播種性クリプトコックス症、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症、流行性角結膜炎、流行性耳下腺炎、淋菌感染症
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ
指定感染症	該当なし
新感染症	該当なし

## 2. 一般社団法人日本看護学校協議会共済会が指定する感染症

疥癬、成人性 T 細胞性白血病、ウイルス性心外膜炎、伝染性単核球症、溶連菌感染による合併症