

①-1 対人事故 報告書

(看護職向け賠償責任保険・医療専門職向け賠償責任保険)

ご記入日:西暦 年 月 日 証券番号:

■加入者欄	会員番号	加入保険	<input type="checkbox"/> 看護職向け賠償責任保険 <input type="checkbox"/> 医療専門職向け賠償責任保険	加入プラン	A ・ B
	フリガナ				
氏名		男 ・ 女	日中の連絡先	TEL: ()	
				メール:	
住所	〒				
勤務先			所属		

■報告者欄 ※加入者と報告者が同じ場合は、加入者欄のみご記入ください。

フリガナ		フリガナ	
病院名		所属・ご担当者名	
住所	〒		
連絡先	TEL: - - (内線	メール:	

■被害者欄

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名 (または法人名)		年齢	歳
住所	〒		職業
連絡先	自宅・携帯・勤務先・その他() - - (内線)		

■保険金請求書の送付先(内容照会先)

<input type="checkbox"/> 加入者本人 <input type="checkbox"/> 加入者本人以外の被保険者 <input type="checkbox"/> 報告者	
<input type="checkbox"/> その他(氏名: 加入者との続柄:)	
住所	〒 TEL:

必ず裏面もご記入ください。

WEB

■事故内容

事故日	西暦	年	月	日	午前・午後	時	分頃
事故の場所	都・道		市・郡				
傷病名							
病院名						病院の 連絡先	— —
診断医						診断科	
事故状況 (書き切れない場合は別紙にご記入ください。)	※事故の原因と考えられる行為または不注意の内容も記載してください。						
被害者の 既往症							
事故の原因と 考えられる行 為 または不注意 の内容							
被害者(家族) の訴え・要求の 内容							
被害者の状況	治療中 ・ 治癒(症状固定) ・ 死亡						
	入・通院の期間	西暦	年	月	日	～	年 月
	後遺障害の内容						
被害の お申し出日	西暦	年	月	日			
事故対応 ・交渉経緯 (書ききれない場合は別紙にご記入ください。)							

本紙によりお預かりしたお客様の情報は、事故の内容確認のために利用し、それ以外の目的では利用いたしません。
なお、この情報は引受保険会社と共有いたします。

WEB