

②受託者賠償責任保険(預かり物の紛失・盗取) 事故報告書 (錠交換特約含む)

(看護職向け賠償責任保険・医療専門職向け賠償責任保険)

日本看護学校協議会共済会 共済制度
取扱代理店:(株)メディックプランニングオフィス 宛
E-mail : willnext@medic-office.co.jp

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			日中の連絡先	TEL: ()	
住所	〒			メール:	
勤務先					

■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	〒		
連絡先	自宅・携帯・勤務先・その他()	—	— (内線)

■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・府・県		市・郡・区
	施設名:		
預かった状況	<input type="checkbox"/> 常に預かって管理していた。		
	<input type="checkbox"/> 一時的に預かった。→下記のいずれかの状況を記載してください。		
	時間的状況:西暦 年 月 日	時頃 ~	月 日 時頃まで
事故状況 (書き切れない場合は別紙にご記入ください。)	場所的状況(どこからどこまで): から まで		
	※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。		
	※鍵の紛失の場合→錠交換の必要(あり · なし)		
	対物事故の場合は、必ず太枠内にもご記入ください		受託物購入時期:
受託物名		メーカー名	
受託物の購入時価格		修理	可 · 不可

※保険金請求時には領収書が必要になります。

■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:	