

⑥職業感染事故 報告書

ご記入日：西暦 年 月 日

加入者 (II被保険者)	フリガナ		会員番号	
	氏名		日中の連絡先	TEL: ()
	住所	〒		
	加入種目	加入している保険にチェックをいれてください。 <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 <input type="checkbox"/> ケガ・感染・日常の賠償		

■職業感染事故内容

事故日	西暦 年 月 日
事故状況	

★必ずご確認のうえ、下記にチェックを入れてください。★

本紙で報告する感染事故において、労災適用および勤務先の検査費用負担はありません。

労災適用されなかった理由	
--------------	--

■添付書類

本報告書と共に、以下の書類を添付してください（検査が複数回に及んだ場合は、各々の検査について添付が必要です）

- ・診療明細書（検査内容確認のため）
- ・領収証（自己負担金確認のため） ※一体型の書類であれば一枚で可

ご報告内容を確認後、見舞金請求書をお送りいたします。

※本報告時はコピーでも結構ですが、見舞金請求時には「原本」の添付が必要です。

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、この情報は一般社団法人日本看護学校協議会共済会と共有いたします。