

① 「Will」 傷害 事故報告書

◇この事故報告書は郵送ではなく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(30日を超えた場合は、ご相談ください)。

★：必須記入 ☆：負傷者が未成年の場合記入

報告日：(西暦) 20 年 月 日

★ 負傷者 (被保険者)	※おケガをされた方の情報をご記入ください。	生年月日：(西暦) 年 月 日
	フリガナ：	(男・女) 年齢： 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入
	氏名：	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 学生 学科：
	TEL：	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。	被保険者との関係：(父・母・その他())
	フリガナ：	
	親権者氏名：	
	親権者住所：〒	TEL：

★ 事故 (ケガ) 状況	事故日：(西暦) 20 年 月 日 曜日	時間：(午前・午後) 時 分頃	★ ケガをした時間帯に ○をつけて下さい。
	事故場所： 沖縄 都・道 区・市 府(県) 郡		<input type="checkbox"/> 臨地実習中 (在宅実習の移動中を含む) <input type="checkbox"/> 学校⇄実習先 間移動中 <input type="checkbox"/> 自宅⇄実習先 間移動中 <input type="checkbox"/> 登校中 <input type="checkbox"/> 下校中 <input type="checkbox"/> 休み時間 <input type="checkbox"/> 学内演習中 <input type="checkbox"/> 放課後 <input type="checkbox"/> 学校行事中 <input type="checkbox"/> 授業中(体育以外) <input type="checkbox"/> 体育の授業中 <input type="checkbox"/> 部活・サークル活動中 <input type="checkbox"/> プライベート <input type="checkbox"/> その他
	※どのようにケガをされたのか、 急激かつ偶然な状況がわかるように、詳しくご記入ください。	受傷時の乗り物： (自転車・バイク・車・徒歩・その他())	

◇傷害事故報告の場合、「②補足資料-賠償事故状況図」のご提出は不要です。
◇相手がある傷害事故の時、相手からの請求については、「②賠償(個人賠償責任保険)」で対応できる事もあります。
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、賠償はWillの補償対象外になります。

★ 治療 状況	※初診日必須 = 入院・通院どちらか開始日(初診日)を必ず記入してください。	※複数記入可
	入院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日	病院名：
	通院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日	担当医師名：
	後遺障害(見込み)：(あり・なし) ← 報告時にご不明の場合は、未記入でかまいません。	
	傷病名： 打撲・骨折・むち打ち・捻挫・靭帯損傷	部位： 頭・歯・首・肩・胸・腰・右腕・左腕・右足・左足
	脱臼・火傷・その他()	右手・左手・その他()

＜施設(学校)情報・事故確認欄＞ 下記★項目にもれなくご記入・ご捺印をお願いいたします。

★ 施設 情報	フリガナ：チュウブチクインカイリツ ゲンカワカンゴセンモンガッコウ 施設名：中部地区医師会立 ぐしかわ看護専門学校 (学校名)	フリガナ： 担当者：
	フリガナ： オキナワケンウルマシアザコンブナガオハル 住所：〒904-2201 沖縄県うるま市字昆布長尾原1832-1	TEL： 098-972-4600

★ 事故 確認欄 (該当項目に○印)	上記事故は実習中に発生したことを確認します。	上記の事故が発生したことを確認します。 養成施設(学校) 中部地区医師会立ぐしかわ看護専門学校 代表者名 Ⓜ
	上記事故は学校管理下に発生したことを確認します。	
	上記事故は実習中・学校管理下以外のプライベート中に発生したことを確認します。	

＜引受確認 Will事務局記入欄＞

整理No.	加入者証番号	受付No.	学校ID	Will1	Will2	Will3	Will3DX
-	20 -			教職員	通信30	通信60	研修