

# 記入例

## ⑤接触感染予防保険金支払特約・感染予防費用補償特約 事故報告書兼事故証明書

《個人情報の利用目的》  
お客様の個人情報につきましては、保険引当の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ（※）内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。  
（※）「東京海上グループ」とは、「東京海上ホールディングス株式会社」傘下の弊社、白礁（白礁）海上保険株式会社、東京海上日動あんしん生命保険株式会社、東京海上日動フィナンシャル生命保険株式会社等や、前記各社の子会社等を含みます。

東京海上日動火災保険株式会社 宛

専修学校・各種学校用

学校コード〔 99999 〕

### 〇〇専門 学校 看護 学科 昼間部 夜間部 〇〇感染予防保険金支払特約 事故報告書兼事故証明書 〇〇感染予防費用補償特約

次のとおり事故がありましたので報告します。

- 私は、貴社またはその指名する者が保険金の支払いをするために必要な範囲で、治療の内容・症状の程度を確認するための医療情報を取得・利用することに同意します。
- 私は、貴社が本書に記載された個人情報を①学校に対して、学校が行う学生サービスや事務管理のため提供すること②一般財団法人 職業教育・キャリア教育財団に対して、同財団が行う学校からの照会対応や安全啓発・制度普及活動のために提供することに同意します。

20 XX 年 6 月 2 日

保 険 契 約 の 内 容 等	所 属 学 校	〇〇専門 学校 看護 学科 昼間部 夜間部 学校ご住所・ご連絡先 TEL 03 ( 3230 ) ×××× 〒 102 - 0073 東京都千代田区九段北 4 - 2 - 25 ご担当者様のお名前・ご連絡先 お名前 専門太郎 TEL 03 ( 3230 ) ××××		
	フリガナ	とうかい じろう 性 別 (男)・(女)		
	負傷者のお名前	東 海 次 郎 生年月日 20XX年X月X日		
	負傷者の所属等	20 XX 年 4 月 入学 学年 3 年 年 齢 20 才 学籍番号 A - 35		
	負傷者の住所・ご連絡先	〒 102 - 0073 東京都千代田区丸の内 1 - 2 - 1 TEL 03 ( 3285 ) ××××		
	上記以外のご連絡先 (例：帰省先)	〒 - TEL ( ) ××××		
	保険始期年月	20 XX 年 4 月	保険終了年月	20 XX 年 3 月
事 故 内 容	事 故 の 日 時	20 XX 年 6 月 2 日 午前 10 時頃		
	事 故 の 場 所	△△病院 外科病棟		
	受 傷 部 位	右大腿部		
	感染の可能性がある場合感染症名	B型肝炎		
	活 動 の 形 態 (いずれかに○印)	①. 正課中 ②. 学校行事中 ③. 休憩中(その他) ④. 課外活動中		
	事故状況・発生原因 (具体的に)	臨床実習中、手元がすべり使用済の注射針を誤って自分の右大腿部に刺してしまった。		
保険金 請求書 送付先	(○をおつけください)	①. 学 校 ②. 負 傷 者		
	送付先住所	〒 102 - 0073 東京都千代田区九段北 4 - 2 - 25 TEL 03 ( 3230 ) ××××		
臨床実習の目的で使用される 病院・診療所等の方による事故証明		学校による保険加入・届出（活動）証明 (内容確認の上、□に✓してください。)		
事故内容が上記に記載の通りであることを確認し、上記事故により被った傷害の結果として感染(※)したことを証明します。		保険加入証明	☑ 上記保険加入事実と相違ないことを確認しました。	
		届出証明 (活動証明)	☑ 上記「事故内容」欄の「活動形態」の記載に相違ないことを確認しました。	
感染症名： B型肝炎		上記保険加入状況・届出（活動）内容について証明いたします。		
施設名： □□会△△病院		学校名： 〇〇専門学校		
住所： 東京都千代田区三番町 6-4		職 名： 学校長		
TEL： 03-3515-××××		氏 名： 成和 太郎		
職名： 外科部長				
氏名： 東海 四郎				

※感染のおそれを含みます。

※会社使用欄

引 受 確 認 結 果			弊社受領日
責任期間	年 月 日 ~ 年		
学生賠償	有 ・ 無	昼 間	
針刺担保	有 ・ 無	夜 間	

《個人情報の利用目的》  
お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険会社  
社間や東京海上グループ（※）内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。  
（※）「東京海上グループ」とは、「東京海上ホールディングス株式会社」傘下の弊社、日新火災海上保険株式会社、東京海上日動あんしん生命保険株  
式会社、東京海上日動フィナンシャル生命保険株式会社等や、前記各社の子会社等を含みます。

東京海上日動火災保険株式会社 宛

専修学校・各種学校用

学校コード〔 〕

○ 接触感染予防保険金支払特約  
○ 感 染 予 防 費 用 補 償 特 約

事故報告書兼事故証明書

次のとおり事故がありましたので報告します。  
1. 私は、貴社またはその指名する者が保険金の支払いをするために必要な範囲で、治療の内容・症状の程度を確認するための医療情報を取得・利用することに同意します。  
2. 私は、貴社が本書に記載された個人情報を①学校に対して、学校が行う学生サービスや事務管理のため提供すること②一般財団法人 職業教育・キャリア教育財団に対して、同財団が行う学校からの照会対応や安全啓発・制度普及活動のために提供することに同意します。

		20		年		月		日			
保 險 契 約 の 内 容 等	所 属 学 校	学 校		学 科		昼間部					
		学 院		研 究 所		夜間部					
		学校ご住所・ご連絡先		TEL		( )					
	〒		-								
	ご担当者様のお名前・ご連絡先		お名前		TEL		( )				
	フリガナ				性 別		男・女				
	負傷者のお名前				生年月日		20 年 月 日				
	負傷者の所属等		20 年 月 入学		学年		年		学籍番号		
事 故 内 容	負傷者の住所・ご連絡先		〒		-		TEL		( )		
	上記以外のご連絡先 (例：帰省先)		〒		-		TEL		( )		
	保険始期年月		20 年 月		保険終了年月		20 年 月				
	事 故 の 日 時		20 年 月 日				時 頃				
	事 故 の 場 所										
	受 傷 部 位										
感染の可能性がある場合感染症名											
活 動 の 形 態 (いずれかに○印)		①. 正課中		②. 学校行事中		③. 休憩中(その他)		④. 課外活動中			
事故状況・発生原因 (具体的に)											
保 險 金 請 求 書 送 付 先	(○をおつけください)		①. 学 校		②. 負 傷 者						
	送付先住所		〒		-		TEL		( )		
臨床実習の目的で使用される 病院・診療所等の方による事故証明				学校による保険加入・届出（活動）証明 (内容確認の上、□に✓してください。)							
事故内容が上記に記載の通りであることを確認し、上記事故により被った傷害の結果として感染 <sup>(※)</sup> したことを証明します。		保険加入証明		□ 上記保険加入事実と相違ないことを確認しました。							
		届出証明 (活動証明)		□ 上記「事故内容」欄の「活動形態」の記載に相違ないことを確認しました。							
感染症名：				上記保険加入状況・届出（活動）内容について証明いたします。							
施設名：				学校名：							
住所：				職 名：							
TEL：				氏 名：							
職名：											
氏名：											

※感染のおそれを含みます。

※会社使用欄

引 受 確 認 結 果				弊社受領日	
責任期間	年	月	日	～	年
学生賠償	有	・	無	昼 間	
針刺担保	有	・	無	夜 間	