

チェック



学研災LINEのSkettBookから治癒報告の入力を完了しました。

整理番号

—

負傷事故報告書

提出日 年 月 日

学生部長殿

下記のとおり事故が発生しましたのでご報告します。
記

負傷者 (報告者)	学生番号		氏 名	㊦	
	住 所	自宅・下宿 Phone			
区 分	正 課 中	科目	担当教員		曜日 限
	学校行事中	行事名			
	課外活動中	団体名			
	そ の 他	通学中・大学施設内にいる間・施設間移動中（あてはまるものを○で囲む）			
事故について	日時	年 月 日（ ） 時 分頃			発生 場所
	ケガの内容 (傷病名)				
	病院名		住所	Phone	
事故の詳細（現在までの状況を詳しく記入してください。）					
治療状況		治療中	通院見込み日数 日、 入院見込み日数 日		
		治療は完了している ※裏面の入通院記録も記入してください。	通院日数 日、 入院日数 日		
(治療が完了されている方へ) 学研災保険金の請求について		☐ 請求する		☐ 請求しない	

以上

学校証明欄	㊦	負傷者との関係	1.担当教員 2.学校職員 3.その他（ ）
-------	---	---------	------------------------

※ すでに治療が完了し、見舞金支給対象になる場合は、見舞金の振込先口座を記入してください。なお、負傷者本人以外の口座名義を指定した場合、領収書を提出していただきます。

銀行名	銀行				支店名 (出張所名)		支店・出張所	
口座種別 口座番号	普通／総合 当座						口座名義 (カタカナ)	

以下は記入しないでください。

見舞金	円	入院加算金	円	合計支給額	円
-----	---	-------	---	-------	---

本件事故報告について、学生死亡等における連絡および見舞金、香典、慰問金の事務取扱要領に基づき、上記見舞金を支給してよろしいか。

学生部長	学生部次長	学生部次長	課長	係長	係	受 付 日
						起 票 日

<入院・通院記録>

入院した日に×印、通院した日に○印（および△印、□印）を記入してください。また、受傷部を器具等で固定していた場合、固定具の使用状況も記入してください。

※入院・通院日数の合計が 31 日以上の場合は、31 日以降の入院・記録を記載する必要はありません。

※1 日に複数の病院に通院した場合でも、治療日数は 1 日とカウントします。

※文書作成料（主に診断書）のみの要件で受診した場合は、治療日数にカウントされません。

()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月計 日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月計 日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月計 日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月計 日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月計 日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月計 日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月計 日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
入院 (×)	年 月 日 ～ 年 月 日まで _____ 日間																
通院	年 月 日 ～ 年 月 日まで 実際に通院した日数は _____ 日間																
医療機関 ① (○)	名称						担当医氏名										
	所在地	Phone															
医療機関 ② (△)	名称						担当医氏名										
	所在地	Phone															
医療機関 ③ (□)	名称						担当医氏名										
	所在地	Phone															
固定具を使用した場合	固定器具名称 : _____																
	装着期間 : 年 月 日 ～ 年 月 日まで _____ 日間																
☐ 以下の条件に当てはまる（保険会社等に）確認済である ※いずれか 1 つでも当てはまらない場合は、みなし通院の対象外となる。																	
1. 対象の部位であること 長管骨または脊柱、長管骨に接続する上肢または下肢の三大関節部分、肋骨または胸骨、顎骨または顎関節 2. 対象の固定器具であること ギプス・キャスト、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、創外固定器、副子・シーネ・スプリント固定、PTB キャスト、PTB プレース、線副子等およびハローベスト 3. 診断書に上記 1. の部位の骨折、脱臼、靱帯損傷等により 2. の固定器具を装着した旨の医師の証明が記載されており、かつ、診療報酬明細書に 2. の固定器具の装着に関する記載がなされていること																	

年 月 日

通学中／施設間移動事故報告書

本紙は、本学の授業、大学行事または課外活動への参加の目的をもって、合理的な経路および方法により被保険者の住居と学校施設等との間を往復する間、もしくは大学内施設間を移動中に起きた怪我であることを、大学が証明するための報告書です。

被保険者

学生番号: _____

氏名 : _____

☐ 通学

活動内容: _____ (授業名／行事名／課外活動内容)

活動時間: _____ 時 分 ～ _____ 時 分 (例: 1限目 9:10～10:50)

活動場所: _____ (大学施設名 等)

☐ 施設間移動

< 出発地 >

活動内容: _____ (授業名／行事名／課外活動内容)

活動時間: _____ 時 分 ～ _____ 時 分 (例: 1限目 9:10～10:50)

活動場所: _____ (大学施設名 等)

< 目的地 >

活動内容: _____ (授業名／行事名／課外活動内容)

活動時間: _____ 時 分 ～ _____ 時 分 (例: 1限目 9:10～10:50)

活動場所: _____ (大学施設名 等)

※取得した個人情報は、本報告に伴う事務処理にのみ使用します。