

※本用紙( )欄)に記入のうえ、下記 FAX 番号宛に送信してください。

報告日 年 月 日

報告者

**FAX 送信先 050-3385-5792**

東京海上日動火災保険株式会社

医療・福祉法人部 御中

**日本看護協会「看護職賠償責任保険制度」専用事故状況報告書(種目共通)**

(フリガナ) ご加入者名		勤務先名	
JNA 会員番号		生年月日 (西暦)	年 月 日
ご連絡先	TEL - -	連絡可能な時間帯 (平日・日中)	
請求書類の送付先	<input type="checkbox"/> 加入者住所 <input type="checkbox"/> その他[〒 - ] <input type="checkbox"/> SMS で案内 ( - - ) ※携帯電話番号をご記入ください。		

事 故 日	(西暦) 年 月 日	午前・午後	時 分
事 故 種 別	対人・対物・傷害・感染症・弁護士相談・その他		
事 故 場 所			
《対人事故・傷害事故・感染症罹患の場合》			
被保険者氏名 (受傷者・罹患者)		傷病の程度	
		事故発生時間	業務中・通勤中・業務外
《対物事故の場合》			
損害物名称		所 有 者	
《事故状況》  .....  .....			
その他ご連絡 ご要望事項等			

※記入例

報告日 2026 年 5 月 15 日  
報告者 看護 花子

FAX 送信先 050-3385-5792

東京海上日動火災保険株式会社  
医療・福祉法人部 御中

日本看護協会「看護職賠償責任保険制度」専用事故状況報告書(種目共通)

(フリガナ) ご加入者名	カンゴ 看護 ハナコ 花子	勤務先名	日本看護病院
JNA 会員番号	01234567	生年月日 (西暦)	1985 年 12 月 15 日
ご連絡先	TEL 090 - 1234 - 5678	連絡可能な時間帯 (平日・日中)	〇/〇 (水) 12:00 ~ 17:00
請求書類の送付先	<input type="checkbox"/> 加入者住所 <input type="checkbox"/> その他[〒 - ] <input checked="" type="checkbox"/> SMS で案内 ( 090 - 1234 - 5678 ) ※携帯電話番号をご記入ください。		

事 故 日	(西暦) 2026 年 5 月 15 日 午前・午後 1 時 30 分		
事 故 種 別	対人・対物・傷害・感染症・弁護士相談・その他		
事 故 場 所	勤務先の病院内		
《対人事故・傷害事故・感染症罹患の場合》			
被保険者氏名 (受傷者・罹患者)		傷病の程度	
		事故発生時間	業務中・通勤中・業務外
《対物事故の場合》			
損害物名称	置時計	所 有 者	介護 太郎 様
《事故状況》 患者さん(介護 太郎様)の検温をする際に、ベッド脇のテーブルに置いてあった置時計にぶつかって落としてしまった。 ..... .....			
その他ご連絡 ご要望事項等			