自筆でなくても構いません（代筆可）。
事故状況はなるべく詳しくご記入ください。

養成施設で
記入・捺印していただく欄
になります。

請求金額がご不明な場合は、
未記入のままでも構いません。
事務局にて加入タイプを確認し、
該当する定額見舞金をお支払いします。

⑦ インフルエンザ 学生専用

郵送 してください（1.本紙＋2.罹患証明書類）

2023年度用
⑦ 共済
インフルエンザ 学生

（「Will」共済事故報告書 兼 共済見舞金請求書）

《事故報告欄》 別紙記入例を参照の上、もれなくご記入ください　報告日：（西暦）20 23年 4月 22日

被保険者
フリガナ：イリョウ モモコ
氏名：医療 桃子
生年月日：（西暦）2004年 4月 10日　学科：看護
（男・女）　年齢：19歳　学年：1年

事故内容
感染した時間帯：（臨地実習中）（学校管理下）（プライベート中）
事故状況：
どこで感染したか不明だが、インフルエンザに罹患し、
発症してしまった。
治療のため、２日間通院した。

実習先で感染者との濃厚接触：（あり）・（なし）
（（あり）の場合は、「⑤傷害を伴わない感染事故報告書」に濃厚接触があった事を明記し別途ご提出ください）
インフルエンザの種類：（A型）・（B型）・（不明）
診断日：2023 年 4 月 16 日
診断を受けた医療機関名：宇井留病院

≪施設（学校）情報・事故確認欄≫

施設情報
フリガナ：ウイルカンゴセンモンガッコウ
施設名（学校名）：宇井留看護専門学校
フリガナ：トウキョウトチュウオウクシンカワ
住所：〒104-0033 東京都中央区新川2-22-6
※部署名等 必要な場合は、必ずご記入ください
フリガナ：フクシサチコ
担当者：福祉 幸子
TEL：03-○○○○-○○○○

★事故確認欄　上記の事故が発生したことを確認します。
養成施設（学校）代表者名　宇井留 花子
※ 宇井留看護専門学校之印

《請求欄》 加入期間中にインフルエンザに罹患したことを医師によって診断された場合に、お支払い対象となります

被保険者（請求者）
住所 〒○○○－○○○○　TEL 090－○○○○－○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○アパート○号室
フリガナ：イリョウ モモコ
氏名：医療 桃子　※必ずご捺印ください　医療之印

加入タイプに☑

	タイプ	共済見舞金
	Will 1	6,500円
✓	Will 2	7,000円
	Will 3	8,000円
	Will 3DX	10,000円

本事故につき、共済見舞金 ¥ 7,000 を請求いたしますので、下記支払指図の通りお支払いください。
下記に記載の金融機関への振込をもって支払がなされたものと認めます。

請求に必要な書類（1.と 2.を同送してください）　問い合わせ先：Will事務局(TEL：0120-863755)

1. 本紙 … ⑦ インフルエンザ 学生専用（「Will」共済事故報告書 兼 共済見舞金請求書）
2. インフルエンザ罹患証明書（いずれか1点・コピー可）　㊟ 項目に診断日の印字がない『登校許可証（治癒証明書）』等は証明書にはなりません

	診断書	診断日が記載された医療機関発行のもの（"疑い"とある場合は対象外）
✓	検査結果（陽性＋）と 診療明細書付領収書	学生の氏名・検査報告日・検査項目にインフルエンザの検査名が入った医療機関発行のもの
	調剤明細書またはお薬手帳の処方内容	治療のために処方された抗インフルエンザ薬※1が記載された医療機関発行のもの

送付書類に☑をつけてください　※1 イナビル・タミフル・リレンザ・ゾフルーザ・ラピアクタ及びこれらのジェネリック医薬品

《共済見舞金振込先》 ※ゆうちょ銀行口座をお持ちの方は、出来るだけゆうちょ銀行をご指定ください。

ゆうちょ銀行											
記号(6桁目がある場合※に記入)					番号8桁(右づめ記入)						
1	0	1	2	0	※	0	1	2	3	4	5	6	1

銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協・漁協		本店 支店 出張所	
金融機関番号	店舗番号	預金項目	口座番号(右づめ記入)
		普通(総合) 1 当座 2	

口座名義人	フリガナ イリョウ モモコ 氏名 医療 桃子

〈個人情報の取り扱いについて〉本紙によりお預かりした個人情報は、ご請求のあった見舞金の内容確認と見舞金の算定以外に利用する事はありません

引受確認「事務局用」	整理No. 23 －	1	2	3	3DX

17. 才 ⑦共済

☆お支払いする共済見舞金は加入タイプ別の定額見舞金です。
☆医療費・文書料等の実費のお支払いはありません。

ご加入のWillタイプは
「会員証兼加入者証」のこちらに
印字されています。