共 Ⓑ 2024感染見舞金(報告兼請求)

本紙＋罹患証明(2点)を郵送 または メール してください
(will-kansen@medic-office.co.jp)

2024
感染見舞金
(学生・教職員)

《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×× 年 ○○月 ○○ 日

被保険者

フリガナ: イリョウ タロウ
氏名: 医療 太郎

生年月日:(西暦) 20×× 年 ××月 ××日

年齢: ×× 歳

☐ 教職員 ☑ 学生

学科: 歯科衛生

学年: 2 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)
感染症名	インフルエンザ
診断日	(西暦) 2024 年 ○○ 月 ○○ 日(△ 曜日)
診断を受けた医療機関名	宇井留病院

実習先で感染者との濃厚接触: (あり) ・ (なし)

(あり)の場合は、学生「⑤傷害を伴わない感染事故報告書」・教職員「共Ⓐ」に、濃厚接触があった事を明記し**別途ご提出**ください

事故状況: 家族がインフルエンザに罹患。
自身も発症したため、病院を受診。検査の結果
インフルエンザと診断された。

≪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2-22-2

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 校長 宇井留 花子

宇井留看護専門学校之印

《請求欄》 加入期間中に補償対象となる感染症に罹患したことを医師によって診断された場合が、お支払い対象です

被保険者(請求者)

住所 〒○○○－○○○○ TEL ○○○－○○○○－○○○○
東京都○○区○○1-2-3 ○○○ ○○○号室

フリガナ: イリョウ タロウ
氏名: 医療 太郎

必ずご捺印ください

該当欄に☑	感染症分類	感染見舞金
	1～3類	30,000円
	*1 4～5類・疥癬	7,000円
☑	インフルエンザ	5,000円
	コロナ(入院)	10,000円

*1 インフルエンザとコロナを除く

本事故につき、共済感染見舞金 ¥ 5,000 ※ 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。
※ 別紙 表1 「2024年度Will補償対象となる感染症名一覧と感染見舞金」でご確認の上、該当する感染見舞金をご記入ください。

ご請求に必要な書類 (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 … 共Ⓑ** 2024感染見舞金(報告兼請求)
2. **罹患証明書** (2点とも必須・コピー可) (注) 学校・職場宛の『登校許可証(治癒証明書)』等は、必要項目①～④があらかじめ印字された書式の場合のみ対応可

☑	**診断書** ※1 (インフルエンザの場合は調剤明細書(またはお薬手帳)もしくは陽性判定(＋)の検査結果表) ※2	診断名は 表1 『2024年度「Will」補償対象となる感染症名一覧』にある感染症名のみ対象("疑い"とある場合は対象外)
☑	**診療明細付き領収書**	診断を受けた医療機関発行のもの

両方必須です。ご用意できましたら☑をつけてください。

※1 必要項目:①氏名 ②感染症名 ③診断年月日 ④診断した医療機関の印
※2 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が記載されたもの

《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

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 タロウ 氏名 医療 太郎

<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. 24 －	Will	1	2	3	3DX	教職員	共済B	50

sample b