# ◆◇◆研修補償制度「Will&e-kango」加入手続きのながれ◆◇◆

研修補償制度「Will＆e-kango」は、原則2ヶ月間以上の加入期間にてご加入いただきますが、研修の開始日が3月中の場合のみ、2ヶ月間掛金と異なりますので、掛金はWill事務局までお問い合わせください。

## 1. 補償開始日前日までに、メールにてお申込ください。

**※ご郵送でのお申込みをご希望の場合はご連絡ください。加入方法をご案内させていただきます。**

**① 加入申込メール** ＋ 添付ファイル **② 加入依頼書** ， **③ 加入者名簿**

✉ **加入申込メールの宛先：will-ekango@mbr.nifty.com**

※①加入申込メール定型文・②加入依頼書原本・③加入者名簿フォームは、ホームページよりダウンロードしていただくか、お問合わせメールアドレスにご連絡いただけましたらメールにて送付いたします。

●**ホームページアドレス**：https://www.medic-office.co.jp/will_e-kango/index.html　will＆e-kangoで検索

●**お問合わせメールアドレス**：kensyu-will@medic-office.co.jp

※メールでのお申込みが難しい場合は、ご相談ください。

**◆下記3種の加入資料は、次ページからの記入見本をご参考に作成してください。**

**① 加入申込メール** … 2ページ目・加入申込メール　定型文

**② 加入依頼書** … 3ページ目・加入依頼書

**③ 加入者名簿** … 4ページ目・加入者名簿Excel

## 2. 補償開始日前日までに、下記口座に、ご入金 を済ませてください。

銀　行　名：**みずほ銀行**
支　店　名：**越谷支店（支店番号：５３４）**
口　座　名：一般社団法人日本看護学校協議会共済会
科　　目：**普通預金**
口座番号：**１１９６１９３**

・**振込に係る手数料はご負担をお願いいたします。**

・**振込人名は必ず“施設名”でお願いします！**

カタカナ12文字以内で“施設名”がわかるようにご入力ください。
“施設名”がございませんと、どちらからのご入金か不明となってしまいます。
「独立行政法人国立病院機構」、「社団法人」、「学校法人」等は省略してください。

## 3. ①加入申込メール・②加入依頼書・③加入者名簿 と ご入金 を確認後、

“加入者証”と“加入者一覧”を発行※し、[電子データ]または[郵便]にてお送りいたします。

※補償開始日になりましたら、加入手続きをさせていただきますので、変更またはキャンセルが発生した場合は、補償開始前までにご連絡くださいますよう、お願い致します。

“加入者証”と“加入者一覧”の送付には、手続き後一週間程お時間をいただいておりますのでご了承ください。

お早めに“加入者証”と“加入者一覧”の発行を希望される場合はご相談ください。

ご不明な点がありましたら、下記へお問い合わせください
フリーダイヤル：0120−863755
お問合わせメールアドレス：kensyu-will@medic-office.co.jp
取扱代理店：（株）メディクプランニングオフィス

# ① 加入申込メール　記入見本

メールでお送りした、①**加入申込メール定型文**をコピーし、必要事項（青字部分）を入力して**加入申込メール**を作成してください。

## 「Will&e-kango」お申込み時の 加入申込メール 定型文

| | |
|---|---|
| ●メール宛先： | will-ekango@mbr.nifty.com |
| ●メール件名： | ○○県看護協会「Will&e-kango」申込（○／○分）　← 件名に始期日を入れてください。 |
| ●メール本文 | 一般社団法人日本看護学校協議会共済会『Will事務局』<br>株式会社メディクプランニングオフィス<br>「Will&e-kango」担当者　宛<br><br>研修補償制度「Will&e-kango」加入依頼書に記載の<br>ご加入時の同意内容についての内容を確認し、同意いたしました。<br><br>下記の通り、「Will&e-kango」の加入申し込みをいたします。<br><br>・申込日　：２０２＿/５/３１　← 始期日以前の日付で、申込日や入金日等をご記入ください。<br>・施設名　：○○県看護協会<br>・研修名　：○○○○研修<br>・加入期間　：２０２＿/６/１～２０２＿/７/３１（２ケ月間）← 終期日は必ず月末の日付です。<br>・加入人数　：３０人　… A研修用「Will」の人数を記入ください。<br>・合計金額　：４６，５００円<br>・入金(予定)日：５月３１日　← 始期日の前日までにご入金ください。<br><br>加入依頼書（PDF）と加入者名簿（エクセル）を添付いたします。<br><br>**【連絡事項】**<br>何か連絡事項がありましたら、こちらにご記入ください。<br>（例：加入者証や領収書などの希望納期　など）<br><br>【申込施設様の署名】<br>加入施設名：○○県看護協会<br>住所・TEL　：***-****　○○県○○市○○町　○-○<br>ご担当者名：（加入申込ご担当者様のお名前） |
| ●添付ファイル | ・加入依頼書　（PDF）← 研修責任者の押印を確認してください。<br>・加入者名簿　（エクセル） |

# ② 加入依頼書　記入見本

お送りした加入依頼書の原本※をコピーしてお使いください。

※加入依頼書の原本PDF版とエクセル版の、どちらか使い易い方をご利用ください。

**ご郵送でのお申込みをご希望の場合はご連絡ください。加入方法をご案内させていただきます。**

加入依頼書は、**加入期間ごと**に記入または入力をして作成の上捺印後、PDFファイルにして、加入申込メールに添付してください。

| | |
|---|---|
| ㋐ **申込日**：加入依頼書を記入した日 | ㋗ **補償期間**：中途加入の場合、補償の開始日と終期日・時間をご記入ください。<br>●終期日…**必ず月末日となります**※3<br>●時間…終期日が3/31は午後4時、3/31以外は午後12時 |
| ㋑ **住所**：施設の郵便番号・住所・TEL | |
| ㋒ **施設名**：施設名 | |
| ㋓ **研修名**：(例)認定看護研修など | ㋘ **合計金額**：<br>A.研修用Willの金額とB.e-kangoの金額の合計 |
| ㋔ **加入依頼者**：研修責任者※1 | |
| ㋕ **印**：研修責任者印※2 | ㋙ **加入確認書類の受取り方法**<br>・[メール] または [郵便]のいずれか1つをお選びの上、チェック欄に☑を入れてください<br>・個人用領収書の要・不要に〇をつけてください。 |
| ㋖ **ご担当者名**：加入申込ご担当者<br>ご担当者様宛に“加入者証”と“加入者一覧”をお送りさせていただきます。 | |

**※1…施設長でのお申込も可能です。**

**※2…施設長でお申し込みの場合は、施設長印。**

**※3…掛金に日割りはなく、月の途中から加入でも、その月の掛金は変わりません。また、月の途中からの加入でも、終期日は必ず月末となります。 例)10/15～2ヶ月加入の場合の終期→11/30**

# ③ 加入者名簿　記入見本

**メールでお送りした加入者名簿のExcelフォーム**に名簿を入力し作成の上、加入申込メールに添付してください。

## 研修用補償制度「Will ＆ e-kango」 加入依頼名簿

| | | |
|---|---|---|
| 施　設　名㋐ | ○○県看護協会 | |
| 研　修　名㋑ | ○○○○研修 | |
| 加 入 期 間㋒ | 2●2●/6/1 ～ 2●2●/7/31 | （2ヶ月間） |

| 掛　金 ㋓ | @ | 加入人数 | 合計金額 |
|---|---|---|---|
| A研修用「Will」: | 1,060 | 30 ㋔ | 31,800 |
| B「e-kango」 : | 490 | 30 ㋕ | 14,700 |
| A ＋ B ： ㋖ | 1,550 | — | 46,500 |

**当社使用欄**

受 付 No.:

施設(学校)ID:

※1)電話は、固定・携帯どちらかひとつ、連絡の取りやすい番号をご記入ください。

※2)B.追加補償を任意加入にする場合は、加入する人 の欄に○をつけてください。

※3)職業職務☆は、パンフレットP2を参照の上、危険度の高い仕事に従事されている場合は○をつけてください。

※4)他の保険契約★がある場合は、○をつけてください。

**※A研修用「Will」のみご加入の場合、"氏名"と"フリガナ"のみで引受け可。**

| | ㋗ ※氏　名 | ㋘ ※ﾌﾘｶﾞﾅ | ㋙ 生年月日(西暦)(****/**/**) | ㋚ 性別(男・女) | ㋛ 〒 | ㋜ 住所 | ㋝ ※1) 電話 | ㋞ A 研修用 | ㋟ ※2) B e-kango | ㋠ ※3) 職業職務☆ | ※4) 他の保険契約★ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ○○○美 | ○○○○○○ | 19**/00/00 | 女 | ***-**** | ○○市○○町○-○ | ***-***-**** | ○ | ○ | | |
| 2 | ○○○子 | ○○○○○○ | 19**/00/00 | 女 | ***-**** | ○○市○○町○-○ | ***-***-**** | ○ | ○ | | |
| 3 | ○○○絵 | ○○○○○○ | 19**/00/00 | 女 | ***-**** | ○○市○○町○-○ | ***-***-**** | ○ | ○ | | |
| | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ |
| 28 | ○○○男 | ○○○○○○ | 19**/00/00 | 男 | ***-**** | ○○市○○町○-○ | ***-***-**** | ○ | ○ | | |
| 29 | ○○○希 | ○○○○○○ | 19**/00/00 | 女 | ***-**** | ○○市○○町○-○ | ***-***-**** | ○ | ○ | | |
| 30 | ○○○幸 | ○○○○○○ | 19**/00/00 | 女 | ***-**** | ○○市○○町○-○ | ***-***-**** | ○ | ○ | | |

| | |
|---|---|
| ㋐ 施設名 | ㋗ 氏名 |
| ㋑ 研修名 | ㋘ フリガナ |
| ㋒ 加入期間<br>●終期日…**必ず月末日**になります。 | ㋙ 生年月日（西暦）<br>㋚ 性別 |
| ㋓ 掛金表をご参照ください。 | ㋛ 〒・住所 |
| ㋔ A研修用「Willl」:@・加入人数・合計金額 | ㋜ 電話番号 |
| ㋕ B e-kango:@・加入人数・合計金額 | ㋝ A研修用「Willl」加入の場合○…**基本全員加入** |
| ㋖ A＋B ： 合計金額 | ㋞ B e-kango加入の場合○…任意の加入 |
| | |

㋟ 職業職務・他の保険契約・・・B.e-kangoにご加入の方のご記入部分です。
（加入の際には、わかる範囲でご記入ください。）
◎職業職務は看護職となり、基本Aとなります。
◎他の保険契約・・・他の看護職賠償責任保険に加入している場合はご記入ください。