共 © 2023インフルエンザ（学生）

（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)

2023
インフルエンザ
（学生専用）

《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 〇〇 月 〇〇 日

被保険者

ﾌﾘｶﾞﾅ：イリョウ ジロウ
氏名：医療 次郎

生年月日：（西暦） 20×× 年 ×× 月 ×× 日　学科：介護福祉

年齢：×× 歳　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

事故状況：

どこで感染したか不明だが、発熱・関節痛があったため受診。
検査の結果、インフルエンザと診断された。

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：（西暦） 2023 年 〇〇 月 〇〇 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

ﾌﾘｶﾞﾅ：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

ﾌﾘｶﾞﾅ：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
ﾌﾘｶﾞﾅ：フクシサチコ
担当者：福祉 幸子
TEL：03-〇〇〇〇-〇〇〇〇

★ 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 〒〇〇〇－〇〇〇〇　TEL 〇〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇

東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇〇　〇〇〇号室

ﾌﾘｶﾞﾅ：イリョウ タロウ
氏名：医療 太郎　※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 ￥ 8,000 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。

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© 2023インフルエンザ（学生）（事故報告書 兼 請求書）

2. **インフルエンザ罹患証明書**（aまたはbのセット・コピー可）

✓	**a. 調剤明細書(またはお薬手帳)※1 ＋ 診療明細付き領収書※2**
	b. 陽性判定(+)の検査結果表 ＋ 診療明細付き領収書※2

送付書類に☑をつけてください

（注）項目に診断日が印字されていない『登校許可証（治癒証明書）』等は証明書にはなりません

※1 治療のために処方された抗インフルエンザ薬（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）が記載された医療機関発行のもの

※2 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

《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	×	〇	×	0	※	〇	×	〇	×	〇	×	×	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. 23 －	1	2	3	3DX

共済C 17 インフル定額

sample c