

共 ©

2023インフルエンザ(学生)

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)

(報告兼請求)

《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) _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者	フリガナ: _____	生年月日: (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日	学科: _____
	氏名: _____	年齢: _____ 歳	学年: _____

事故内容	感染した時間帯: <input type="radio"/> 臨地実習中 <input type="radio"/> 学校管理下 <input type="radio"/> プライベート中	実習先で感染者との濃厚接触: <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
	事故状況: _____	(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: <input type="radio"/> A型 <input type="radio"/> B型 <input type="radio"/> 不明
		診断日: (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日
		診断を受けた医療機関名: _____

《施設(学校)情報・事故確認欄》

施設情報	フリガナ: _____	※部署名等 必要な場合は、必ずご記入ください
	施設名: (学校名) _____	フリガナ: _____
	フリガナ: _____	担当者: _____
	住所: 〒 _____	TEL: _____
★事故確認欄	上記の事故が発生したことを確認します。 ※必ずご捺印ください	
養成施設(学校)代表者名	①	

《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 _____	加入タイプに☑ タイプ 共済見舞金
	フリガナ: _____ 氏名: _____	
		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 ¥ _____ 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)

③ 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

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

※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

送付書類に☑をつけてください

《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		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
記号(6桁目がある場合※に記入)	番号8桁(右づめ記入)	金融機関番号	店舗番号
1	0		
		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 _____ 氏名 _____
-------	------------------------

《個人情報取り扱いについて》 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