

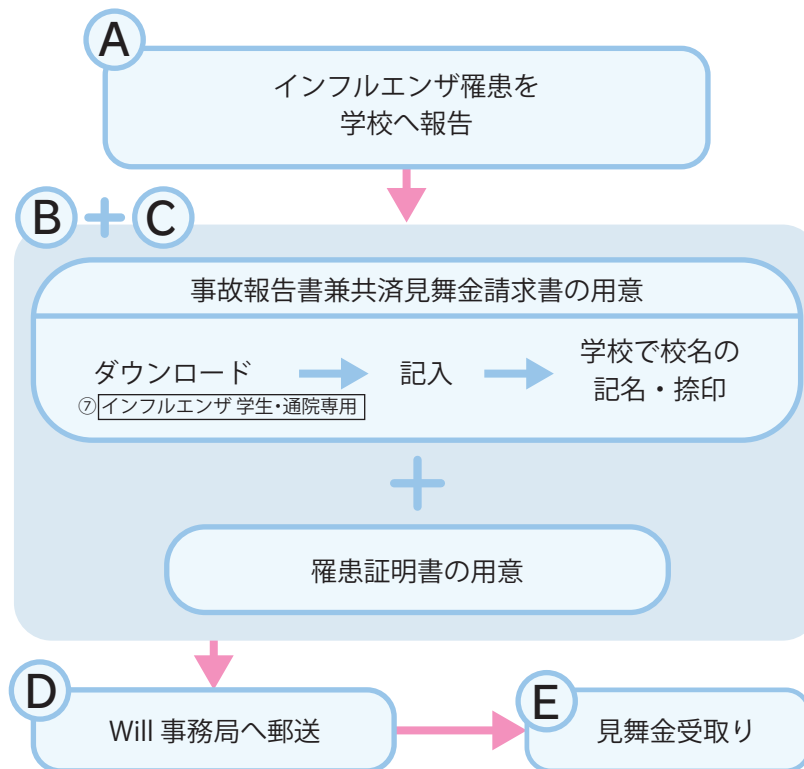
インフルエンザに罹患した場合（学生・通院専用） 共済見舞金受け取りまでの手順

共済制度の感染見舞金のうち、インフルエンザの罹患（学生・通院）に限り、**1枚の書類で**
事故報告と感染見舞金請求が可能となりました。

事故報告と見舞金請求

- 1) 医療機関を受診してください
- 2) 学校の担当者や実習指導者に、事故発生（インフルエンザに罹患したこと）を連絡してください。
- 3) 記入用紙⑦ インフルエンザ 学生・通院専用（「Will」事故報告書 兼 共済見舞金請求書）*と⑦専用「郵送用宛名」の**2つ**を印刷してください。
- 4) お手持ちの封筒（長3）に印刷した「郵送用宛名」を貼り、記入例を参考に必要事項を記入（学校が記名・捺印する項目があります）し、罹患証明書類を同封し、Will 事務局へ郵送してください。

※以下()内省略



A

補償範囲

- 対象者：学生用 Will の加入者 (Will タイプが Will1、Will2、Will3、Will3DX) 注1)
- 対象期間：2019/3/31 以降の Will 加入期間中
- 対象となる事故：加入期間中に、医療機関でインフルエンザと診断され、治療が通院のみで終了した場合注2)

注1) 事故報告および請求者が上記のWillタイプ以外(教職員用Will、通信課程用Will、研修用Will)の場合は、⑥「Will」共済制度事故報告書にご記入いただき、FAXにてご報告ください。事務局から別途請求書類を学校宛に送付いたします。

注2) 治療に入院も伴う場合は、⑥「Will」共済制度事故報告書をご利用ください。感染症がインフルエンザ以外の場合も従来通り⑥「Will」共済制度事故報告書をご利用ください。

事故報告と見舞金
請求の期限

- 事故報告は、可能な限り速やかに行ってください。
- 原則的に各種の事故報告は、事故発生日から30日以内の事故報告をお願いしています。
- 30日を過ぎても補償に問題はありますが、事故との因果関係の証明を求められる場合があります。

B

用紙の記入

- ⑦ **インフルエンザ 学生・通院専用** を印刷してご利用ください。
- ⑦ **インフルエンザ 学生・通院専用** には学校が記名・捺印する項目があります。

B

お支払する見舞金

- お支払いする感染見舞金は、加入タイプ別の定額払いです。請求金額にはご加入のタイプに該当する定額見舞金を記入してください。
ご加入の Will タイプは「**会員証兼加入者証**」のこちらの箇所に印字されています。ご不明の場合は、未記入のままご提出ください。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いたします。
- 医療費、文書料等の実費のお支払いはありません。



Will1	6,500円
Will2	7,000円
Will3	8,000円
Will3DX	10,000円

C

必要な書類

インフルエンザ定額見舞金請求に必要な書類

- ⑦ **インフルエンザ 学生・通院専用** (「Will」事故報告書兼 共済見舞金請求書) 用紙
- インフルエンザ罹患と診断日が記載された以下の罹患証明書類 (いずれか1点・コピー可)

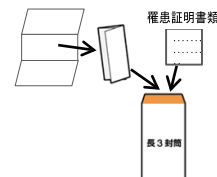
診断書・治療証明書・登校許可証	医療機関発行のもの("疑い"と記載がある場合は対象外)
検査結果(陽性+)	学生の氏名・診断日・感染症名が入った医療機関発行のもの
調剤明細書またはお薬手帳の処方内容	治療のために処方された抗インフルエンザ薬®が記載された医療機関発行のもの

※イナビル、タミフル、リレンザ、ゾフルーザ、ラビアクタ及びこれらのジェネリック医薬品

D

書類のご提出

- ⑦ **インフルエンザ 学生・通院専用** と罹患証明書類を **まとめて** 郵送してください。
- ⑦ 専用「郵送用宛名」をホームページの事故報告書ダウンロードページから印刷し、お手持ちの封筒(長3)に請求に必要な書類(⑦ **インフルエンザ 学生・通院専用** と罹患証明書類)を入れ、「郵送用宛名」を貼り事務局宛てにご郵送ください。(切手は不要)
- お送りいただいた書類は原則としてお戻しできません。控えの必要場合は、郵送前にコピーをお取り置きください。



E

共済見舞金の受け取り

共済見舞金が⑦ **インフルエンザ 学生・通院専用** にご記入頂いた指定口座へ入金されます。尚、この支払いに関しての支払い通知は省略させていただきます。

インフルエンザ罹患（学生・通院専用） 報告書記入例

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。

養成施設に記入・捺印していただく欄になります。

⑦ インフルエンザ 学生・通院専用
郵送 してください
(1.本紙+2.罹患証明書類)
2019年度用
⑦ 共済
インフルエンザ 学生

(「Will」事故報告書 兼 共済見舞金請求書) 入院を伴う場合⑥共済制度事故報告書をご利用ください

《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 19 年 4 月 30 日

被保険者	フリガナ: イリョウ モモコ 氏名: 医療 桃子 (男・女) 年齢: 19歳 学年: 1年	生年月日: (西暦) 2000年 4月 10日 学科: 看護
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。 予防接種(有/無) ⇒ 直近の接種日(2018年 11月 5日)	実習先で感染者との濃厚接触: (あり)・(なし) 〔あり〕の場合は、「⑤罹患を伴わない感染事故報告書」に 濃厚接触があった事実を認認し別紙に提出してください インフルエンザの種類: (A型)・(B型)・(不明) 診断日: 2019年 4月 19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》

フリガナ: ウイルカンゴセンモンガッコウ 施設名: 宇井留看護専門学校 (学校名) フリガナ: トウキョウトチュウオウクシンカフ 住所: 〒 104-0033 東京都中央区新川2-22-6	フリガナ: フクシサチコ 担当者: 福祉 幸子 TEL: 03-0000-0000
* 事故確認欄 養成施設(学校) 代表者名 宇井留 花子	

《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 〒0000-0000 TEL 090-0000-0000	<input checked="" type="checkbox"/> 加入タイプに☑
	東京都00区001-2-3 0000アパート0号室	
	フリガナ: イリョウ モモコ 氏名: 医療 桃子	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。

ご請求に必要な書類(1と2を同送してください)

- 本紙…⑦インフルエンザ 学生・通院専用 (「Will」事故報告書 兼 共済見舞金請求書)
- インフルエンザ罹患と診断日 が記載された証明書類 (いずれか1点・コピー可)

診断書・治療証明・登校許可証	医療機関発行のもの(“疑い”と記載がある場合は対象外)
検査結果(陽性+)	学生の氏名・診断日・感染症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 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・ラビアクタ及びこれらのジェネリック医薬品
上記証明書類についてご不明な点がございましたらWill事務局(TEL:0120-863755)までお問い合わせください

《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
記号(6桁目がある場合※に記入) 番号9桁(右詰め記入)	本店 支店 出張所
1 0 7 2 0 0 1 2 3 4 5 6 1	金融機関番号 店舗番号 預金項目 口座番号(右詰め記入)
	普通(総合) 1 当 産 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」	受理No. -	19-	受付No.	学校ID	1	2	3	3DX	17.オ	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」のこちらの箇所に印字されています。



⑦

インフルエンザ 学生・通院専用

郵送 してください (1.本紙+2.罹患証明書類)

2019年度用

⑦ 共済
インフルエンザ 学生

(「Will」事故報告書 兼 共済見舞金請求書) 入院を伴う場合⑥共済制度事故報告書をご利用ください

《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: 生年月日: (西暦) 年 月 日 学科:
	氏名: (男・女) 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 checked="" type="radio"/> なし
	事故状況: 予防接種(有・無) ⇒ 直近の接種日(年 月 日)	(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添ご提出ください 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: 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: 施設名: (学校名) フリガナ: 住所: 〒	フリガナ: 担当者: TEL:	※部署名等 必要な場合は、必ずご記入ください
	★ 事故確認欄 養成施設(学校) 代表者名	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 <input type="checkbox"/>

《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☑ Will 1 6,500円 Will 2 7,000円 Will 3 8,000円 Will 3DX 10,000円
	フリガナ: 氏名:	

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)

- 本紙 … ⑦ **インフルエンザ 学生・通院専用** (「Will」事故報告書 兼 共済見舞金請求書)
- インフルエンザ **罹患** と **診断日** が記載された証明書類 (いずれか1点・コピー可)

診断書・治癒証明・登校許可証	医療機関発行のもの("疑い"と記載がある場合は対象外)
検査結果(陽性+)	学生の氏名・診断日・感染症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
上記証明書類についてご不明な点がございましたらWill事務局(TEL:0120-863755)までお問い合わせください

《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 本店 信用金庫・信用組合 支店 農協・漁協 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	1	普通(総合) 1 当座 2	口座番号(右づめ記入)

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. - 19-	受付No.	学校ID	1 2 3 3DX	17.才 ⑦ 共済
------------	-------------	-------	------	-----------	-----------

⑦専用「郵送用宛名」

1. 下記「郵送用宛名」を切り取り、お手持ちの定型封筒（長形3号）に貼りつけてください。

- ◇ 長形3号サイズ（長さ14～23.5cm、幅9～12cm、厚さ1cm以内）
- ◇ 切手は不要です。（本宛名用紙は、料金受取人払いとなっております）
- ◇ 宛名がはがれた場合や間違った貼り付け方法をした場合、郵便物として認められず差出人に返送されることがありますので、しっかりと貼り付けてください。

2. 封筒の裏面に、差出人の住所・氏名をご記入ください。

3. 必要書類を封筒に入れて、ご郵送ください。

郵送用宛名

キリトリ線で切り取り、お手持ちの封筒にはがれないよう、しっかりと貼り付けてください。

キリトリ

料金受取人払郵便

新越谷郵便局
承認
3249

差出有効期間
2020年10月
31日まで
切手を貼らずに
ご投函ください。

3 4 3 8 7 9 0
2 9 1

埼玉県越谷市千間台西 2-3-6

一般社団法人日本看護学校協議会共済会
総合補償制度「WIII」事務代行会社
東京海上日動火災保険(株)代理店

(株)メディックプランニングオフィス 行

共済見舞金請求書在中

キリトリ

