

針刺し等の傷害を伴わずに感染症に罹患した疑いがある場合の検査・予防措置費用 保険金受け取りまでの手順



ステップ1（事故報告）

- 1) 学校の担当者や実習指導者に、事故発生（感染のリスクが生じたこと）を連絡してください。
- 2) 医療機関で受診してください。
- 3) ⑤「Will」 傷害を伴わない感染事故報告書を印刷してください。
- 4) 記入例を参考に事故報告書の必要事項を記入し、学校に提出してください。
- 5) 学校から「Will」事務局に事故報告書が送られます。

○ ステップ1で、ご注意頂きたい事項 ○

補償の範囲

- 臨地実習中に、感染の疑いが生じた場合の、感染予防・検査費用がお支払対象となります。
- 「空気感染」「飛沫感染」「接触感染」等、感染経路を問わず対象となります。
- 実習参加前の予防措置費用に要した費用は補償の対象に含まれません。

事故報告の期限

- 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。
- 保険金請求権の時効は3年間ありますので、30日を過ぎても補償に問題はありませんが、事故との因果関係の証明を求められる場合があります。

事故報告の方法

- 事故報告は、必ず学校を通じて行ってください。
- 学校が記名・捺印する項目があります。

ステップ2（保険金の請求）

- 6) 請求に必要な書類の準備。
- 7) 学校に郵送される保険金の請求書類を受け取ってください。
- 8) 保険金請求書にご記入のうえ、必要書類を添付し、返送してください。

○ ステップ2で、ご注意頂きたい事項 ○

請求に必要な書類

- 保険金の請求に当たっては、下記の書類が必要となります。
必要となる書類は大切に保管しておいてください。

感染検査予防費用請求に必要な書類

- ① 感染予防費用保険金請求書
- ② 医療機関発行の「診療明細付領収書」（原本）
（検査または予防措置の費用であることが分かるもの）

ステップ3（保険金の受け取り）

- 9) 保険金が、保険金請求書にご記入頂いたご指定口座へ入金されます。

傷害を伴わない感染予防・検査 事故報告書記入例

(株)メディカプランニングオフィス
Will事務局 行き

2021年度用
⑤ 傷害を伴わない感染

⑤ 「Will」 傷害を伴わない感染事故報告書 (実習中・学生専用)

◇この事故報告書は郵送ではなくFAXにてご送付いただき、原本は控えとしてお手元に保管してください。
 ★：必須記入 ☆：被保険者が未成年の場合記入 報告日：(西暦) 20 21 年 4 月 22 日

| ★被保険者 | <small>※感染事故にあわれた方の情報をご記入ください。</small> フリカナ：イリョウ モモコ 生年月日：(西暦) 2002 年 4 月 10 日 氏名：医療 桃子 (男・<u>女</u>) 年齢：19 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入 TEL：090-0000-0000 学科：看護 学年：1 年 住所：〒000-0000 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇〇アパート〇号室 | | | | | | |
|--|--|-------|------|-------|-------|-------|---------|
| ☆親権者 | <small>※被保険者が未成年の場合は、この欄もご記入ください。</small> フリカナ：イリョウ イチロウ 被保険者との関係：(父・母・その他()) 親権者氏名：医療 一朗 親権者住所：〒000-0000 TEL：000-0000-0000 〇〇県〇〇市〇〇1丁目〇〇-〇〇〇 | | | | | | |
| ★事故状況 | 事故日：(西暦) 2021 年 4 月 16 日 金 曜日 時間：(午前・<u>午後</u>) 2 時 30 分頃 事故場所：東京 <small>運</small> 中央 <small>市</small> 実習施設名：宇井留病院 <small>※感染事故の状況を、詳しくご記入ください。</small> 実習中、受け持ちの患者さんがインフルエンザに罹っていたことが分かった。 濃厚接触をしていたため実習担当者の指示で検査を受けた。 感染はしていなかったが予防薬としてタミフルを処方された。 感染症の症状のある誰と濃厚接触しましたか？ (患者)・病院スタッフ・グループメンバー・その他() 実習先の医師等から検査・予防措置の指示はありましたか？ (はい)・いいえ) <small>(いいえの場合、支払い条件を満たさないため補償対象外)</small> | | | | | | |
| ★治療状況 | <small>※初診日必須 = 入院・通院どちらか開始日(初診日)を必ず記入してください。</small> 入院 (見込み・確定) 月 日 ~ 月 日 <small>※複数記入可</small> 病院名：宇井留病院 通院 (見込み・確定) 4 月 16 日 ~ 月 日 担当医師名：山田 すずむ ◇ [傷害を伴わない感染事故] の場合、検査・予防のための通院日額は、対象外となります。 感染症(疑)名：インフルエンザ感染疑い 部 位： 受診内容：(検査)・(予防措置)・治療) <small>※該当項目に○印</small> | | | | | | |
| <施設(学校)情報・事故確認欄> 下記★項目にもれなくご記入・ご捺印をお願いいたします。 | | | | | | | |
| ★施設情報 | フリカナ：ウイルカンゴセンモンガッコウ フリカナ：フクシヤチコ 施設名：宇井留看護専門学校 担当者：福祉 幸子 <small>(学校名)</small> フリカナ：トウキョウトチュウオウクシシカワ TEL：03-0000-0000 住 所：〒104-0033 <small>※ 保険会社より施設のご担当者様宛に保険金の請求書類をご送付いたします。</small> 東京都中央区新川2-22-6 <small>部署名等必要な場合は、必ずご記入ください。</small> | | | | | | |
| ★ 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 | 宇井留 花子 | | | | | | |
| <引受確認 Will事務局記入欄> | | | | | | | |
| 整理No. | 加入者証番号 | 受付No. | 学校ID | Will1 | Will2 | Will3 | Will3DX |
| - | 21- | | | 教職員 | 通信30 | 通信60 | 研修 |

⑤ 「Will」 傷害を伴わない感染事故報告書

(実習中・学生専用)

◇この事故報告書は郵送ではなくFAXにてご送付いただき、原本は控えとしてお手元に保管してください。

★：必須記入 ☆：被保険者が未成年の場合記入

報告日：(西暦) 20 年 月 日

| | | |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------------|
| ★ 被 保 険 者 | ※感染事故にあわれた方の情報をご記入ください。 | 生年月日：(西暦) 年 月 日 |
| | フリガナ： | (男・女) 年齢： 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入 |
| | 氏名： | 学科： 学年： |
| | TEL： | |
| | 住所：〒 | |

| | | |
|------------------|----------------------------|-----------------------|
| ☆ 親 権 者 | ※被保険者が未成年の場合は、この欄もご記入ください。 | 被保険者との関係：(父・母・その他()) |
| | フリガナ： | |
| | 親権者氏名： | TEL： |
| | 親権者住所：〒 | |

| | |
|-----------------------|---|
| ★ 事 故 状 況 | 事故日：(西暦) 20 年 月 日 曜日 時間：(午前・午後) 時 分頃 |
| | 事故場所： 都・道 区・市 府・県 郡 |
| | 実習施設名： |
| | ※感染事故の状況を、詳しくご記入ください。 |
| | 感染症の症状のある誰と濃厚接触しましたか？ (患者・病院スタッフ・グループメンバー・その他()) |
| | 実習先の医師等から検査・予防措置の指示はありましたか？ (はい・いいえ) (いいえの場合、支払い条件を満たさないため補償対象外) |

| | | |
|-----------------------|--|----------------|
| ★ 治 療 状 況 | ※初診日必須 = 入院・通院どちらか開始日(初診日)を必ず記入してください。 | ※複数記入可 病院名： |
| | 入院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日 | 担当医師名： |
| | 通院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日 | |
| | ◇ [傷害を伴わない感染事故] の場合、検査・予防のための通院日額は、対象外となります。 | |
| | 感染症(疑)名： | 部 位： |

受診内容：(検査・予防措置・治療) ※該当項目に○印

＜施設(学校)情報・事故確認欄＞ 下記★項目にもれなくご記入・ご捺印をお願いいたします。

| | | |
|-----------------------|-----------|-------|
| ★ 施 設 情 報 | フリガナ： | フリガナ： |
| | 施設名：(学校名) | 担当者： |
| | フリガナ： | TEL： |
| | 住所：〒 | |

※ 保険会社より施設のご担当者様宛に保険金の請求書類をご送付いたします。部署名等必要な場合は、必ずご記入ください。

| | |
|---------------|---------------------|
| ★ 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 | (印) |

＜引受確認 Will事務局記入欄＞

| 整理No. | 加入者証番号 | 受付No. | 学校ID | Will1 | Will2 | Will3 | Will3DX |
|-------|--------|-------|------|-------|-------|-------|---------|
| - | 21- | | | 教職員 | 通信30 | 通信60 | 研修 |

⑤ 傷害を伴わない感染