

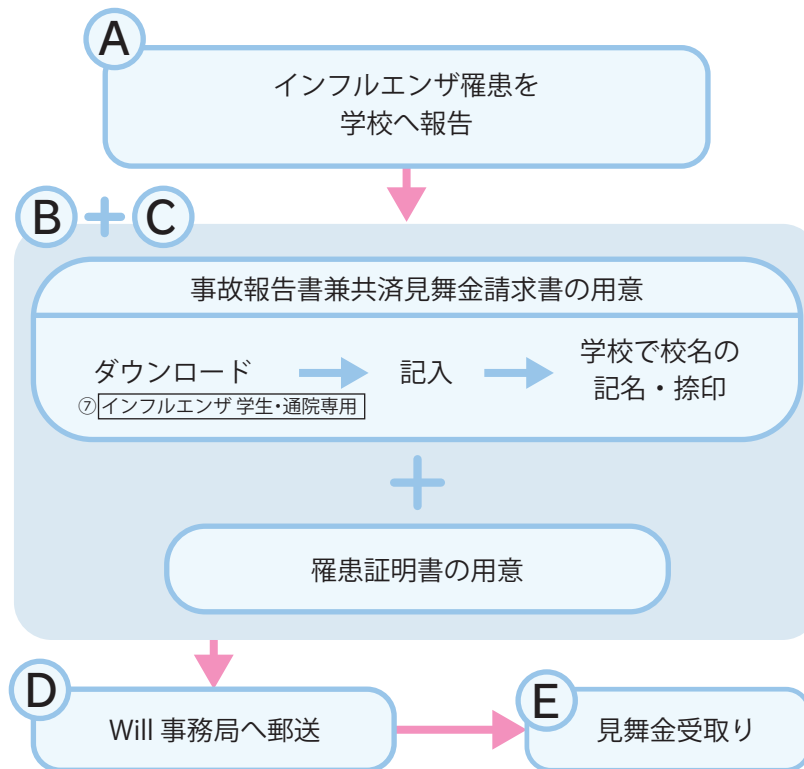
インフルエンザに罹患した場合（学生・通院専用） 共済見舞金受け取りまでの手順

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。

※以下〇内省略



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
(診断日がそれ以前の場合は⑥「Will」共済をお使いください。)
- 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せんが、なるべく早くご報告をお願いいたします。

B

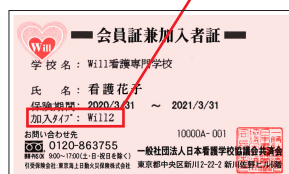
用紙の記入

- 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。



タイプ別インフルエンザ お見舞金額	
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

- (1) 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
- (2) 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)

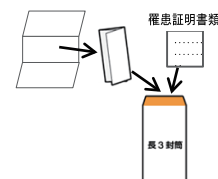
診断書・治療証明書・登校許可証	医療機関発行のもの("疑い"と記載がある場合は対象外)
検査結果(陽性+)	学生の氏名・診断日・感染症名が入った医療機関発行のもの
調剤明細書またはお薬手帳の処方内容	治療のために処方された抗インフルエンザ薬®が記載された医療機関発行のもの

※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)

2021年度用
⑦ 共済
インフルエンザ 学生

(「Will」共済事故報告書 兼 共済見舞金請求書) 入院を伴う場合⑥の事故報告用紙をご利用ください

《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 21年 4月 22日

被保険者	フリガナ: イリョウ モモコ 生年月日: (西暦) 2002年 4月 10日	学科: 看護
	氏名: 医療 桃子 (男・女) (男・女)	年齢: 19歳 学年: 1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) 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(2020年 11月 30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を明記し別紙ご提出ください) インフルエンザの種類: (A型)・(B型)・(不明) 診断日: 2021年 4月 16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 フリガナ: 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2-22-6	※部署名等 必要な場合は、必ずご記入ください フリガナ: フクシチチコ 担当者: 福祉 幸子 TEL: 03-0000-0000
---	---

★ 事故確認欄 ※ 宇井留看護専門学校之印

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

《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 〒000-0000 TEL 090-0000-0000	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">加入タイプに☑</td> <td style="text-align: center;">タイプ</td> <td style="text-align: center;">共済見舞金</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Will 1</td> <td style="text-align: center;">6,500円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Will 2</td> <td style="text-align: center;">7,000円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Will 3</td> <td style="text-align: center;">8,000円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Will 3DX</td> <td style="text-align: center;">10,000円</td> </tr> </table>	加入タイプに☑	タイプ	共済見舞金	<input checked="" type="checkbox"/>	Will 1	6,500円	<input checked="" type="checkbox"/>	Will 2	7,000円	<input type="checkbox"/>	Will 3	8,000円	<input type="checkbox"/>	Will 3DX	10,000円
加入タイプに☑	タイプ	共済見舞金															
<input checked="" type="checkbox"/>	Will 1	6,500円															
<input checked="" type="checkbox"/>	Will 2	7,000円															
<input type="checkbox"/>	Will 3	8,000円															
<input type="checkbox"/>	Will 3DX	10,000円															

東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇〇アパート〇号室

フリガナ: イリョウ モモコ ※必ずご捺印ください (医療)

氏名: 医療 桃子

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。

↓ **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)

- 本紙… ⑦ **インフルエンザ 学生・通院専用** (「Will」共済事故報告書 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)
<input checked="" type="checkbox"/> 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・ラビアクタ及びこれらのジェネリック医薬品

《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 1 2 0 ※ 0 1 2 3 4 5 6 1	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 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、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. -	21-	案件No.	学校ID	1	2	3	3DX	17.オ	⑦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)

2021年度用

⑦ 共済
インフルエンザ 学生

〔「Will」共済事故報告書 兼 共済見舞金請求書〕 入院を伴う場合⑥の事故報告用紙をご利用ください

《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： 氏名：	生年月日：(西暦) 年 月 日	学科：
		(男・女) 年齢： 歳	学年：

事故内容	感染した時間帯： 事故状況：	<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： (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： 診断日： 診断を受けた医療機関名：	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> A型 <input type="radio"/> B型 <input type="radio"/> 不明 年 月 日 _____

《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：〒	※部署名等 必要な場合は、必ずご記入ください フリガナ： 担当者： TEL：
	★ 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

《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 - -	<input checked="" type="checkbox"/> 加入タイプに ↓ タイプ 共済見舞金
	フリガナ： 氏名：	※必ずご捺印ください 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 ¥ _____ 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)

- 本紙 … ⑦ **インフルエンザ 学生・通院専用** (「Will」共済事故報告書 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・ラビアクタ及びこれらのジェネリック医薬品

《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 ※	1	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. - 21-	受付No.	学校ID	1 2 3 3DX	17. 才 ⑦ 共済
------------	-------------	-------	------	-----------	------------