

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:	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： ☐ 臨地実習中 ☐ 学校管理下 ☐ プライベート中	実習先で感染者との濃厚接触： ☐ あり ☐ 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： ☐ A型 ☐ B型 ☐ 不明	
	診断日： 年 月 日	
	診断を受けた医療機関名： _____	
	予防接種(有・無) ⇒ 直近の接種日(年 月 日)	

《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： 住 所：〒	担当者： 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		(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 〒 - TEL - -	加入タイプに☑ タイプ 共済見舞金	
	フリガナ：		Will 1 6,500円
	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 … 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)
2. 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	口座番号(右づめ記入)
1 0 ※	1	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.

-

21-

受付No.

学校ID

1

2

3

3DX

17. オ

⑦ 共済