

共 ㊦

2024 2025 感染見舞金(報告兼請求)

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)

2024・2025

感染見舞金

(学生・教職員)

④ 請求受付期間は、診断日から1年間です

《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: イリョウ タロウ 生年月日: (西暦) 20×× 年 ×× 月 ×× 日  教職員  学生  
氏名: 医療 太郎 学科: 歯科衛生  
年齢: ×× 歳 学年: 2 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  
感染症名: インフルエンザ  
診断日: (西暦) 2025 年 ○○ 月 ○○ 日 (△ 曜日) 事故状況: 家族がインフルエンザに罹患。自身も発症したため、病院を受診。検査の結果インフルエンザと診断された。  
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》

施設情報 フリガナ: ウイルカゴセンモンガッコウ 部署名等 必要の場合は、必ずご記入ください  
施設名: (学校名) 宇井留看護専門学校 フリガナ: フクシサチコ  
フリガナ: トウキョウトチュウオウクシンカワ 担当者: 福祉 幸子  
住所: 〒 104-0033 東京都中央区新川 2-22-2 TEL: 03-○○○○-○○○○  
★ 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: 校長 宇井留 花子

《請求欄》

被保険者(請求者) 住所 〒○○○-○○○○ TEL ○○○-○○○-○○○  
東京都○○区○○1-2-3 ○○○ ○○○号室  
フリガナ: イリョウ タロウ 必ずご捺印ください  
氏名: 医療 太郎  
該当欄に☑  
感染症分類 感染見舞金  
1~3類 30,000円  
\*1 4~5類・疥癬 7,000円  
インフルエンザ 5,000円  
コロナ(入院) 10,000円

本事故につき、共済感染見舞金 ¥ 5,000 ※ 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。

※ 別紙「表1」 「2025年度Will補償対象となる感染症名一覧と感染見舞金」でご確認の上、該当する感染見舞金をご記入ください。

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㊦ 2024・2025感染見舞金(報告兼請求)

2. 罹患証明書(2点とも必須・コピー可) ④ 学校・職場宛の『登校許可証(治癒証明書)』等は、必要項目①~④があらかじめ印字された書式の場合のみ対応可

診断書 ※1 (インフルエンザの場合は調剤明細書(またはお薬手帳)もしくは陽性判定(+)の検査結果表) ※2 診断名は「表1」『2025年度「Will」補償対象となる感染症名一覧』にある感染症名のみ対象(“疑い”とある場合は対象外)  
診療明細付き領収書 診断を受けた医療機関発行のもの

両方必須です。ご用意できましたら☑をつけてください。

※1 必要項目: ①氏名 ②感染症名 ③診断年月日 ④診断した医療機関の印

※2 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もの

《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 預金項目 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 イリョウ タロウ  
氏名 医療 太郎

《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	24 - 25 -	Will	1	2	3	3DX	教職員	共済B	50 感染定額	51 インフル
------------	------	--------------	------	---	---	---	-----	-----	-----	---------	---------

sample b