

共 ㊿

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) 年 月 日

被保険者	フリガナ： 氏名：	生年月日：(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 学生
		年齢： 歳	学科： 学年：

事故内容	感染した時間帯	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
	感染症名		〔(あり)の場合は、学生「⑤傷害を伴わない感染事故報告書」・ 教職員「共㊿」に、濃厚接触があった事を明記し別添ご提出ください〕
	診断日	(西暦) 年 月 日( 曜日) ④ 診断日が加入期間外の場合は補償対象外となります	
	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：〒	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 ㊿

《請求欄》

被保険者 (請求者)	住所 〒 - TEL - -	該当欄に <input checked="" type="checkbox"/>										
	フリガナ： 氏名：	必ずご捺印ください ㊿										
		<table><tr><th>感染症分類</th><th>感染見舞金</th></tr><tr><td>1~3類</td><td>30,000円</td></tr><tr><td>*1 4~5類・疥癬</td><td>7,000円</td></tr><tr><td>インフルエンザ*</td><td>5,000円</td></tr><tr><td>コロナ(入院)</td><td>10,000円</td></tr></table>	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
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 ¥ 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。  
\*1 インフルエンザとコロナを除く

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

ご請求に必要な書類

- 共 ② 2024・2025感染見舞金(報告兼請求)
- 罹患証明書(コピー可): 診断した医療機関発行のもの

感染症	必要書類(2点とも必須)
1類～3類 4類～5類*・疥癬	※1 診断書 + 診療明細付き領収書
インフルエンザ	a または b のどちらか ※2 a. 調剤明細書(またはお薬手帳) + 診療明細付き領収書 b. 陽性判定(+)の検査結果表 + 診療明細付き領収書
新型コロナで入院	a または b のどちらか (診断名と入院期間が記載されているもの) a. 退院証明書 b. 診断書 + 診療明細付き領収書

\*インフルエンザと新型コロナを除く

※1 診断書(必要項目①～④が記載されたもの)

①本人氏名 ②感染症名 ③診断年月日 ④診断した医療機関の印

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』に記載されている感染症名と一致しないものや「疑い」としているものは対象外

☆ 証明書にあらかじめ①～④の項目が印字された書式の場合に限り、学校や勤務先宛の証明書(「登校許可証」(治療証明書)、「療養期間証明書」や「出席停止期間証明書」等)も診断書の代わりとして対応いたします。

※2 抗インフルエンザ薬が記載されたもの

イピル・タフル・リルザ・ゾフルーザ・ラピアクタ およびこれらのジェネリック医薬品

問い合わせ先: Will事務局(TEL: 0120-863755)

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

- 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(表中【法】と記載)「同施行令」(表中【政令】と記載)「同施行規則」(表中【省令】と記載)に定める1類～5類の感染症、「新型インフルエンザ等感染症」「指定感染症」「新感染症」

分類	感染症名	感染見舞金
1類感染症	【法】 エボラ出血熱, クリミア・コンゴ出血熱, 痘そう, 南米出血熱, ベスト, マールブルグ病, ラッサ熱	30,000円
2類感染症	【法】 急性灰白髄炎, 結核, ジフテリア, 重症急性呼吸器症候群(病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る), 中東呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る), 鳥インフルエンザ(H5N1, H7N9)	
3類感染症	【法】 コレラ, 細菌性赤痢, 腸管出血性大腸菌感染症, 腸チフス, パラチフス	
4類感染症	【法】 E型肝炎, A型肝炎, 黄熱, Q熱, 狂犬病, 炭疽, 鳥インフルエンザ(鳥インフルエンザ(H5N1及びH7N9)を除く), ボツリヌス症, マラリア, 野兔病 【政令】 ウエストナイル熱, エキノコックス症, エムボックス, オウム病, オムスク出血熱, 回帰熱, キャサメル森林病, コクシジオイデス症, ジカウイルス感染症, 重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る), 腎症候性出血熱, 西部ウマ脳炎, ダニ媒介脳炎, チクングニア熱, つつが虫病, デング熱, 東部ウマ脳炎, ニパウイルス感染症, 日本紅斑熱, 日本脳炎, ハンタウイルス肺炎候群, Bウイルス病, 鼻疽, プルセラ症, ベネズエラウマ脳炎, ヘンドラウイルス感染症, 発しんチフス, ライム病, リッサウイルス感染症, リフトバレー熱, 類鼻疽, レジオネラ症, レプトスピラ症, ロッキー山紅斑熱	7,000円
5類感染症	【法】 ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く), クリプトスポリジウム症, 後天性免疫不全症候群, 性器クラミジア感染症, 梅毒, 麻しん, メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 【省令】 アメーバ赤痢, RSウイルス感染症, 咽頭結膜熱, A群溶血性レンサ球菌咽頭炎, カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症, 急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く), 感染性胃腸炎, 急性出血性結膜炎, 急性脳炎(ウエストナイル脳炎, 西部ウマ脳炎, ダニ媒介脳炎, 東部ウマ脳炎, 日本脳炎, ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く), クラミジア肺炎(オウム病を除く), クロイツフェルト・ヤコブ病, 劇症型溶血性レンサ球菌感染症, 細菌性髄膜炎(髄膜炎菌, 肺炎球菌, インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く), ジアルジア症, 侵襲性インフルエンザ菌感染症, 侵襲性髄膜炎菌感染症, 侵襲性肺炎球菌感染症, 水痘, 性器ヘルペスウイルス感染症, 尖圭コンジローマ, 先天性風しん症候群, 手足口病, 伝染性紅斑, 突発性発しん, 播種性クリプトコックス症, 破傷風, バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症, バンコマイシン耐性腸球菌感染症, 百日咳, 風しん, ペニシリン耐性肺炎球菌感染症, ヘルパンギーナ, マイコプラズマ肺炎, 無菌性髄膜炎, 薬剤耐性アシネトバクター感染症, 薬剤耐性緑膿菌感染症, 流行性角結膜炎, 流行性耳下腺炎, 淋菌感染症	
	【法】 インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)	
	【省令】 新型コロナウイルス感染症(病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス(令和二年一月に中華人民共和国から世界保健機関に対して, 人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。)であるものに限る。)	10,000円 (入院のみ対象)
新型インフルエンザ等感染症	該当なし	7,000円
指定感染症	該当なし	
新感染症	該当なし	
疥癬		7,000円

- 一般社団法人日本看護学校協議会が指定する感染症

疥癬		7,000円
----	--	--------