

## ◆◆◆ 研修補償制度「Will&amp;e-kango」加入手続きのながれ ◆◆◆

研修補償制度「Will&e-kango」は、原則2ヶ月間以上の加入期間にてご加入いただきます。  
研修の開始日が3月の場合は2ヶ月間掛金と異なりますので、Will事務局までお問い合わせください。

## 1. 補償開始日前日までに、メールにてお申込ください。

※ご郵送でのお申込みをご希望の場合はご連絡ください。加入方法をご案内させていただきます。

① 加入申込メール + 添付ファイル ② 加入依頼書 , ③ 加入者名簿

※①加入申込メール定型文・②加入依頼書原本・③加入者名簿フォームは、メールにてお送りいたします。

※メールでのお申込みが難しい場合は、ご相談ください。

✉ 加入申込メールの宛先：[will-ekango@mbr.nifty.com](mailto:will-ekango@mbr.nifty.com)

◆ 下記3種の加入資料は、次ページからの記入見本をご参考に作成してください。

① 加入申込メール … 2ページ目・加入申込メール

② 加入依頼書 … 3ページ目・加入依頼書

③ 加入者名簿 … 4ページ目・加入者名簿 Excel

2. 補償開始日前日までに、下記口座に、**ご入金**を済ませてください。

銀行名：みずほ銀行  
支店名：越谷支店（支店番号：534）  
口座名：一般社団法人日本看護学校協議会共済会  
科目：普通預金  
口座番号：1196193

・振込に係る手数料はご負担をお願いいたします。

・振込人名は必ず**“施設名”**をお願いします！

カタカナ12文字以内で**“施設名”**がわかるように入力ください。  
**“施設名”**がございませんと、どちらのご入金か不明となってしまいます。  
「独立行政法人国立病院機構」、「社団法人」、「学校法人」等は省略してください。

3. ①加入申込メール・②加入依頼書・③加入者名簿 と **ご入金**を確認後、“加入者証”と“加入者一覧”を発行<sup>\*</sup>し、お送りいたします。

※原則、補償開始日前日までに申込内容の変更連絡がない事を確認の上、補償開始日以降に“加入者証”と“加入者一覧”を発行させていただき、ご郵送させていただきます。そのため、“加入者証”と“加入者一覧”の到着には、補償開始日以降一週間程度のお時間をいただきます。

もしも、早めの加入処理をご希望であればご連絡ください。

ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせください。  
フリーダイヤル：0120-863755 メールアドレス：[will-ekango@mbr.nifty.com](mailto:will-ekango@mbr.nifty.com)  
取扱代理店：(株)メディックプランニングオフィス

## ① 加入申込メール 記入見本

メールでお送りした、①加入申込メール定型文をコピーし、必要事項を入力して加入申込メールを作成してください。

## 「Will&amp;e-kango」お申込み時の 加入申込メール 定型文

●メール宛先：	will-ekango@mbr.nifty.com	
●メール件名：	〇〇県看護協会「Will&e-kango」申込（〇／〇分）	← 件名に始期日を入れてください。
●メール本文	<p>一般社団法人日本看護学校協議会共済会『Will 事務局』 株式会社メディックプランニングオフィス 「Will&amp;e-kango」担当者 宛</p> <p>研修補償制度「Will&amp;e-kango」加入依頼書に記載の ご加入時の同意内容についての内容を確認し、同意いたしました。</p> <p>下記の通り、「Will&amp;e-kango」の加入申し込みをいたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 申込日 : 202__/5/31 ← 始期日以前の日付で、記入日や入金日等をご記入ください。</li> <li>・ 施設名 : 〇〇県看護協会</li> <li>・ 研修名 : 〇〇〇〇研修</li> <li>・ 加入期間 : 202__/6/1～202__/7/31（2ヶ月間）</li> <li>・ 加入人数 : 30人 … A研修用「Will」の人数を記入ください。</li> <li>・ 合計金額 : 46,500円</li> <li>・ 入金(予定)日 : 5月31日 ← 始期日の前日までにご入金ください。</li> </ul> <p>加入依頼書（PDF）と加入者名簿（エクセル）を添付いたします。</p> <p><b>【連絡事項】</b></p> <p>何か連絡事項がありましたら、こちらにご記入ください。 （例：加入者証や領収書などの希望納期 など）</p> <p><b>【申込施設様の署名】</b> 加入施設名：〇〇県看護協会 住所・TEL：***-**** 〇〇県〇〇市〇〇町 〇-〇 ご担当者名：（ご担当者様のお名前）</p>	
●添付ファイル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 加入依頼書（PDF） ← 研修責任者の押印を確認してください。</li> <li>・ 加入者名簿（エクセル）</li> </ul>	

## ② 加入依頼書 記入見本

お送りした加入依頼書の原本（PDF・エクセル版）をコピーしてお使いください。

2024年度から、エクセル版を用意いたしましたので、加入依頼書の原本PDF版とエクセル版の、どちらか使い易い方をご利用ください。

**ご郵送でのお申込みをご希望の場合はご連絡ください。加入方法をご案内させていただきます。**

加入依頼書は、加入期間ごとに記入または入力をして作成の上、捺印後PDFファイルにして、加入申込メールに添付してください。

加入者		掛金 (1枚目のみご記入ください)	
⑦ 申込日	西暦 202●年 ○月 ○日	年間加入の場合	
① 住所	〒 343-0000 埼玉県○○市□□□1-1-○ ☎ 048 (*** ) ****	保険期間	202●年3月31日午後4時～202●年3月31日午後4時
④ 施設名	フリガナ ○○ケンカンゴキョウカイ ○○県看護協会	⑧ 掛金	A Will @ 5,470円× 30人 = 164,100円 B kango @ 2,890円× 30人 = 86,700円 合計金額 250,800円
⑤ 研修名	フリガナ ○○○○研修 ウイル ハナコ	保険期間途中から加入ご希望の場合	
② 加入依頼者	※施設長名 ⑨ 宇井留 花子 ⑩ 之護協○印 ⑪ 看護協会看	補償期間	202●年 6 月 1 日午前0時～202●年 7 月 31日午後12時
③ ご担当者名	フリガナ カンゴ モモコ 看護 桃子	⑧ 掛金	A Will @ 1,060円× 30人 = 31,800円 B kango @ 490円× 30人 = 14,700円 合計金額 46,500円

⑦ 年間加入する場合は、こちらにご記入ください。

⑧ <<ご注意>> 年間加入と中途加入を同じ用紙でお申込みいただく事はできません。

⑨ ※中途掛金は、パンフレットP2または、加入依頼書の下部に記載の掛金表にてご確認ください。

⑩ 中途加入する場合は、こちらにご記入ください。

⑦ 申込日: 加入依頼書の記入日	⑧ 補償期間: 中途加入の場合、補償の開始日と終期日・時間をご記入ください。 ●終期日…必ず月末日を記入 ●時間…終期日が3/31は4時、3/31以外は12時
① 住所: 施設の郵便番号・住所・TEL	
④ 施設名: 施設名	
⑤ 研修名: (例) 認定看護研修など	
② 加入依頼者: 研修責任者※1	⑨ 掛金と合計金額: 一人当たりの掛金×加入人数=合計金額
③ 印: 研修責任者印※2	
⑩ ご担当者名: 加入申込ご担当者	
※1…施設長でのお申込みも可能です。	※2…施設長でお申し込みの場合は、施設長印。

## ③ 加入者名簿 記入見本

メールでお送りした加入者名簿のExcelフォームに名簿を入力し作成の上、加入申込メールに添付してください。

## 研修用補償制度「Will &amp; e-kango」加入依頼名簿

施設名	〇〇県看護協会
研修名	〇〇〇〇研修
加入期間	2023●/1 ~ 2023●/31 (2ヶ月間)

掛金	@	加入人数	合計金額
A研修用「Will」:	1,060	30	31,800
B「e-kango」:	490	30	14,700
A + B :	1,550	—	46,500

## 当社使用欄

受付 No.:  
施設(学校)ID:

- ※1) 電話は、固定・携帯どちらかひとつ、連絡の取りやすい番号をご記入ください。  
 ※2) B追加補償を任意加入にする場合は、加入する人の欄に○をつけてください。  
 ※3) 職業職務☆は、パンフレットP2を参照の上、危険度の高い仕事に従事されている場合は○をつけてください。  
 ※4) 他の保険契約★がある場合は、○をつけてください。

※A研修用「Will」のみご加入の場合、「氏名」と「フリガナ」のみで引受け可。

※1)

※2)

※3)

※4)

※氏名	※フリガナ	生年月日(西暦) (****/**/)**	性別 (男・女)	〒	住所	電話	A 研修用	B e-kango	職業職務 ☆	他の保険 契約★
1 〇〇〇美	〇〇〇〇〇	19**/00/00	女	***-****	〇〇市〇〇町〇-〇	***-***-****	○	○		
2 〇〇〇子	〇〇〇〇〇	19**/00/00	女	***-****	〇〇市〇〇町〇-〇	***-***-****	○	○		
3 〇〇〇絵	〇〇〇〇〇	19**/00/00	女	***-****	〇〇市〇〇町〇-〇	***-***-****	○	○		
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
28 〇〇〇男	〇〇〇〇〇	19**/00/00	男	***-****	〇〇市〇〇町〇-〇	***-***-****	○	○		
29 〇〇〇希	〇〇〇〇〇	19**/00/00	女	***-****	〇〇市〇〇町〇-〇	***-***-****	○	○		
30 〇〇〇幸	〇〇〇〇〇	19**/00/00	女	***-****	〇〇市〇〇町〇-〇	***-***-****	○	○		

① 施設名

② 氏名

③ 研修名

④ フリガナ

⑤ 加入期間

⑥ 生年月日(西暦)

⑦ A研修用「Will」: @・加入人数・合計金額

⑧ 性別

⑨ B「e-kango」: @・加入人数・合計金額

⑩ 〒・住所

⑪ A + B : 合計金額

⑫ 電話番号

⑬ A研修用「Will」加入の場合○…基本全員加入

⑭ B e-kango 加入の場合○…任意の加入

⑮ 職業職務・他の保険契約…B.e-kango にご加入の方のご記入部分です。

(加入の際には、わかる範囲でご記入ください。)

◎職業職務は看護職となり、基本 A となります

◎他の保険契約…ほかにも看護職賠償責任保険に加入している場合はご記入ください。

一般社団法人 日本看護学校協議会共済会入会申込書 兼  
研修補償制度「Will & e-kango」加入依頼書

共済会用 A

ご加入時の同意内容について：下記施設の研修生のうち、別紙名簿記載の者について、一般社団法人日本看護学校協議会共済会へ入会することを申し込みます。また私(加入依頼者)は、自分および別紙名簿記載の者が保険契約者である団体の会員であること、および「重要事項説明書」「ご加入内容確認事項」を確認し、被保険者全員が、「ご加入内容確認事項」の内容について知・同意していることを確認のうえ、以下のとおり、研修補償制度「Will & e-kango」の A. 研修用Will と B. e-kango に加入することを依頼します。私は、被保険者全員が、パンフレット記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について同意していることを確認のうえ、加入することを依頼いたします。

お申し込みの際には「重要事項説明書(契約概要・注意喚起情報のご説明)」「ご加入内容確認事項(意向確認事項)」の内容を十分にご確認のうえ、お申し込みください。

\* 太枠内をご記入ください。

加入者		掛金	
申込日	西暦 年 月 日	【年間加入の場合】	
住所	〒 -	保険期間	
フリガナ	☎	2024年3月31日午後4時～2025年3月31日午後4時	
施設名		A. 研修用Will @ 5,470円 × 人 = 円	
研修名		B. e-kango @ 2,890円 × 人 = 円	
フリガナ		合計金額 円	
加入依頼者	※施設長名 私は「ご加入時の同意内容について」を確認し、保険契約者である団体に對して加入を依頼します。	【保険期間途中から加入ご希望の場合】	
フリガナ		補償期間	
所属役職		年 月 日 午前0時～ 年 月 日 午後 時	
ご担当者名		A. 研修用Will @ 円 × 人 = 円	
		B. e-kango @ 円 × 人 = 円	
		合計金額 円	
		※個人用領収書の発行を希望する場合、チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 希望する	

※年間加入と中途加入を同じ用紙でお申し込みいただく事は出来ません。

## 保険期間：2024年3月31日午後4時～2025年3月31日午後4時

- \* 中途加入の補償開始日時は、加入依頼書・名簿・入金金の3点が確認できた日の翌日午前0時から補償となります。
- \* 中途脱退の補償終了日時が終期日以外の場合は、脱退月末日の午後12時までとなります。

## 振込口座

銀行名	みずほ銀行
支店名	こしがやしてん 越谷支店(支店番号:534)
口座名	いっぽんしゃだんほうじんにほんかんごがっこうきょうぎかいきょうさいかい 一般社団法人日本看護学校協議会共済会
科目	普通預金
口座番号	1196193

- 振込に係る手数料はご負担をお願い申し上げます。
- 振込人名は必ず団体・施設名でお願いします！

カタカナ12文字以内で団体・施設名がわかるようにご入力ください。  
「独立行政法人国立病院機構」、「社団法人」、「学校法人」等は省略してください。

## Will事務局

お問い合わせは下記までお気軽にどうぞ

フリーダイヤル:

0120-863755

9:00 - 17:00 (土・日・祝日を除く)

E-mail: will-ekango@mbr.nifty.com

## 2024年度掛金表

職種級別A

加入月	掛金		B. e-kango (単体での申込不可)
	A. 研修用Will & B. e-kango	A. 研修用Will	
年間加入	8,360円	5,470円	2,890円
5月1日～(11ヶ月)	7,690円	5,030円	2,660円
6月1日～(10ヶ月)	7,000円	4,590円	2,410円
7月1日～(9ヶ月)	6,340円	4,160円	2,180円
8月1日～(8ヶ月)	5,640円	3,710円	1,930円
9月1日～(7ヶ月)	4,960円	3,270円	1,690円
10月1日～(6ヶ月)	4,280円	2,830円	1,450円
11月1日～(5ヶ月)	3,610円	2,390円	1,220円
12月1日～(4ヶ月)	2,900円	1,940円	960円
1月1日～(3ヶ月)	2,250円	1,520円	730円
2月1日～(2ヶ月)	1,550円	1,060円	490円

※A. 研修補償制度「Will & e-kango」は、原則2ヶ月以上の加入期間にてご加入いただけます。  
※研修の開始日が3月の場合は、2ヶ月掛金と異なりますので、Will事務局までお問い合わせください。  
※A. 研修用Willの掛金には、保険料の他に一般社団法人日本看護学校協議会共済会の年会費と共済制度運営費が含まれています。

【ご注意】 中途脱退された場合は、同年度内に再加入することはできませんのでご注意ください。

## 総合生活保険

本加入依頼書および別紙名簿の★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない場合はご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。また、★が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合は保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

## 看護職賠償責任保険・受託者賠償責任保険

ご加入後に被保険者の名簿の内容に変更が生じる場合は、事前に取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。