

## ③感染症罹患 報告書兼請求書

ご記入日：西暦 年 月 日

★すべての入院、通院、自宅待機後にご提出ください。

※会員番号が不明な方は生年月日を必ずご記入ください。

会員番号		生年月日	年 月 日
加入者（＝被保険者）	フリガナ	日中の連絡先	TEL: ( )
	氏名		メール:
	住所	〒	
	加入種目	加入している保険にチェックをいれてください。 <input type="checkbox"/> 看護職向け賠償責任保険 <input type="checkbox"/> 医療専門職向け賠償責任保険 <input type="checkbox"/> ケガ・感染・日常の賠償	

## ■報告者欄(加入者(＝被保険者)と異なる場合のみ記入してください。)

報告者氏名 (所属施設)	※所属施設からご報告の場合は、ご担当者名もご記入ください。	
住所・連絡先	〒	TEL:

罹患内容	感染症名																																																																						
	感染症を医師に診断された日	西暦	年 月 日																																																																				
	入院 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	合計 _____ 日	入院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日																																																																				
	(診断書や領収書の日数と相違ないことをご確認ください。)																																																																						
	通院日と自宅待機日を、右下のカレンダーに印(通院＝○印 待機期間＝△印)をつけ、合計の日数を記入してください。 通院をした日は「通院日」、通院せずに自宅待機した日を「自宅待機日」としてください。※上記カレンダーに書ききれない場合は、欄外にご記入ください。																																																																						
		<table border="1"> <tr><td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td></tr> <tr><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td></tr> </table>	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			<table border="1"> <tr><td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td></tr> <tr><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td></tr> </table>	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16																																																						
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																									
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16																																																							
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																									
通院 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	計 _____ 日 (領収書の枚数と相違ないことをご確認ください。)	自宅待機 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	計 _____ 日 (診断書に記載の待機期間日数以内であることをご確認ください。)																																																																				
通院・自宅待機 合計日数	通院 _____ 日	+	自宅待機 _____ 日 = 合計 _____ 日																																																																				

★見舞金は入院・通院・自宅待機日数の合計日数を、ご提出いただいた書類と照らし合わせて算出いたします。  
報告書とご提出の書類に相違がある場合は、診断書等医療機関発行の書類を優先させていただきますので、ご了承ください。

見舞金の対象となる感染症は、「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」「同施行令」「同施行規則」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、新感染症並びに共済会が指定する感染症です。

本紙によりお預かりしたお客様の情報は、事故の内容確認のために利用し、それ以外の目的では利用いたしません。  
なお、この情報は一般社団法人日本看護学校協議会共済会と共有いたします。

**A\_お振込口座 記入用紙**

下記に該当する方は、必ず「③感染症罹患 報告書兼請求書」と一緒に本紙にご記入の上、ご返送ください。

- ① Webで申込みをされた方（決済がクレジットカードの場合）
- ② 施設でまとめて加入された方

※見舞金のお支払い通知は行っておりませんので、予めご了承ください。

※振込人名は制度運営を行っております「一般社団法人日本看護学校協議会共済会」となります。

ご記入日：西暦                      年                      月                      E

<b>★加入者（＝被保険者）</b>		会員番号	
フリガナ		日中の 連絡先	TEL：                      (                      )
氏名			メール：

■ 下記に振込先と振込先口座等をご記入ください。

お振込先	銀行・労働金庫		本店	金融機関番号		店舗番号	預金種目		口座番号（右づめ）					
	信用金庫・信用組合		支店				普通（総合）	1						
	農協・漁協		出張所				当座	2						
	記号		番号（右づめ）				フリガナ							
ゆうちょ銀行	1							0 ※					口座名義人	

＜すでに口座をご登録いただいている方については、ご登録の口座にお振込みいたしますので、本用紙のご提出は不要です。＞