

## ③感染症罹患 報告書兼請求書

ご記入日: 西暦 年 月 日 ※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	〒			

## ■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

## 【各感染症毎の見舞金と必要書類】

感染症	見舞金	必要書類
1類~3類	一律 3万円	診断書
4類~5類 (インフルエンザ・新型コロナウイルス除く)	一律 1万円	診断書
インフルエンザ	一律 8,000円	AまたはBのいずれか(コピー可) A *2 診療明細付領収書*1+薬の明細書 (イナビル、タミフル、ゾフルーザ等、抗インフルエンザウイルス薬の記載のあるもの) B *2 診療明細付領収書*1+検査結果 (氏名、インフルエンザ陽性、検査日、医療機関名のあるもの)
新型コロナウイルス	一律 1万円(入院のみ)	診断書

\*1 「インフルエンザ抗原定性」の記載があるもの

\*2 AまたはBの書類が取り付け出来ない場合は、診断書にてお手続きが可能です。

## 【注意】

- 対象となる感染症に罹患後の後遺症または合併症での療養は補償対象外となります。
- 保険期間中に新たに感染症法に追加された感染症については、当該期間中は補償の対象となりません。
- 同一の感染症については、保険期間中1回のみ対象となります。
- 感染症診断日から3年を過ぎたご請求に対しては、見舞金をお支払いできません。
- お支払いする感染見舞金には【感染見舞金年度総額の上限】があります。【感染見舞金総額の上限】に達した場合には、当該年度の感染見舞金の支払いは終了となります。【感染見舞金額の上限】=共済制度運営費810円×Willnext加入数×90%
- 感染症罹患を証明する書類は、診断書のみとなります。(インフルエンザは除く)
- 診断書に記載の感染症名は、必ず診断年毎の【Willnext補償対象となる感染症名一覧】に記載された感染症名であることとします。  
例)「溶連菌感染症」× →「A群溶血性レンサ球菌咽頭炎」○
- 複数の感染症の診断日が同日の場合、いずれか一つの感染症に対してのみ感染見舞金をお支払いします。

## 【対象となる感染症】

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

弊社使用欄

看護職向け賠償責任保険医療専門職向け賠償責任保険ケガ・感染・日常の賠償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 日

★加入者（＝被保険者）		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。>