

④職業感染検査費用特約 事故報告書

ご記入日:西暦 年 月 日 証券番号:

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	〒		
	所属施設		被保険者番号	

契約者	契約法人名			
	担当者		担当者連絡先	

※「契約者」欄は、施設加入の場合のみご記入ください。

■職業感染事故内容

事故日	西暦 年 月 日
事故状況	

★必ずご確認のうえ、下欄にご記入ください。★

本紙で報告する感染事故において、下記理由により労災適用および勤務先の検査費用負担はありません。

労災適用されなかった理由	
--------------	--

■添付書類

本報告書と共に、以下の書類を添付してください（検査が複数回に及んだ場合は、各々の検査について添付が必要です）

- ・診療明細書（検査内容確認のため）
- ・領収証（自己負担金確認のため） ※一体型の書類であれば一枚で可

ご報告内容を確認後、見舞金請求書をお送りいたします。

※本報告時はコピーでも結構ですが、見舞金請求時には「原本」の添付が必要です。

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。

WEB