

(「Will」共済事故報告書 兼 共済見舞金請求書) 入院を伴う場合⑥の事故報告用紙をご利用ください

《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) 20 年 月 日

被保険者	フリガナ: _____	生年月日: (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日	学科: _____
	氏名: _____	(男・女) _____	年齢: _____ 歳 学年: _____

事故内容	感染した時間帯: <input 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 type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
	事故状況: _____ 予防接種(有・無) ⇒ 直近の接種日(_____ 年 _____ 月 _____ 日)	(あり)の場合は、「⑤傷害を伴わない感染事故報告書」に濃厚接触があった事を明記し別途ご提出ください インフルエンザの種類: <input type="radio"/> A型 <input type="radio"/> B型 <input type="radio"/> 不明 診断日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 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: _____	※部署名等 必要な場合は、必ずご記入ください
	住所: 〒 _____	フリガナ: _____	担当者: _____	TEL: _____
★ 事故確認欄		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		
養成施設(学校) 代表者名 _____		(印)		

《請求欄》 加入期間中にインフルエンザに罹患したことを医師によって診断された場合に、お支払い対象となります

被保険者 (請求者)	住所 〒 _____ TEL _____	加入タイプに <input checked="" type="checkbox"/>
	フリガナ: _____ 氏名: _____	タイプ 共済見舞金
		Will 1 6,500円
		Will 2 7,000円
		Will 3 8,000円
		Will 3DX 10,000円

本事故につき、共済見舞金 ¥ _____ 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。
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。

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)

- 本紙… ⑦ インフルエンザ 学生・通院専用 (「Will」共済事故報告書 兼 共済見舞金請求書)
- インフルエンザ 罹患 と 診断日 が記載された証明書類 (いずれか1点・コピー可)

診断書・治癒証明・登校許可証	医療機関発行のもの(“疑い”と記載がある場合は対象外)
検査結果(陽性+)	学生の氏名・診断日・感染症名が入った医療機関発行のもの
調剤明細書またはお薬手帳の処方内容	治療のために処方された抗インフルエンザ薬※1が記載された医療機関発行のもの

送付書類にをつけてください

※1 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

《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
1 0 ※	_____ 1	_____	_____
		預金項目	口座番号(右づめ記入)
		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