

感染症罹患共済金制度 申請用紙

※必要事項をご記入の上、業務または会主催の行事管理責任者の署名の上、必要書類と併せてご郵送またはメールにてお送りください。
郵送先：〒104-0033 東京都中央区新川2-22-6 SJIビル2F (株)メディックプランニングオフィス E-mail: rinsho@medic-office.co.jp

ご記入日：西暦 年 月 日

被保険者欄	フリガナ			会員番号	
	氏名				
	自宅住所	〒			
	本件についてのご連絡先	自宅・携帯・勤務先	-	-	(内線:)

罹患内容	感染症名									
	感染症発症日	西暦	年	月	日	(医師に診断された日が発症日となります。)				
	感染した場所	<input type="checkbox"/> 勤務先施設 <input type="checkbox"/> その他() ※業務中・会主催の行事中以外の罹患は対象になりません。								
	感染経路	※業務中・会主催の行事中に感染症に罹患した経路を必ずご記入ください。								
	通院 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	通院日:	年	月	日	(通院日と領収書の日にちが相違ないことをご確認ください。)				
	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
死亡	西暦	年	月	日						

■本感染事故は(業務中・会主催の行事中)の罹患であることを証します。(いずれかに○)

業務・会主催の行事管理責任者： 【ご署名・ご捺印】
 役職 氏名 印

■下記に感染共済金の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	
	ゆうちょ銀行	記号	番号(右づめ)	フリガナ		
	1	0 ※		口座名義人		

■通院共済金請求に必要な書類 必ず下記書類をセットにしてご返送ください。

①報告書兼請求書(本紙) ②診療明細付き領収書 ③感染症名がわかる書類(ない場合は、調剤明細書およびまたはお薬手帳のコピー)

■その他、入院、死亡・後遺障害共済金請求に必要な書類

共済金請求に必要な書類はHPをご覧くださいか、フリーダイヤル(TEL 0120-610020)までお問い合わせください。

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。
診断書(コピー含む)等の添付書類は、ご返却いたしませんので予めご承知おきください。