

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2-22-2 新川佐野ビル3F (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	会員番号	
被保険者欄	フリガナ				本件についてのご連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅
	氏名					<input type="checkbox"/> 携帯
	自宅住所	〒			<input type="checkbox"/> 勤務先	-
						内線：

罹患内容	感染症名					
	検査日	西暦	年	月	日	(検体採取日を記入)
	陽性診断日	西暦	年	月	日	
	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感染は対象になりません。				
	どこからの感染だと考えられますか？	<input type="checkbox"/> 臨床検査業務中に感染している患者から感染した。 <input type="checkbox"/> 臨床検査業務中に感染している同僚から感染した。 <input type="checkbox"/> 臨床検査業務中に検体から感染した。 <input type="checkbox"/> 会主催行事・研修会中に感染している参加者から感染した。 ※通勤中や食事中等臨床検査業務中以外の感染は対象となりません。				
	入院日数	合計	日	(医療機関に入院した場合のみ記載。宿泊療養、自宅療養は含みません。)		
	通院日数	合計	日	※療養終了日以降の通院は対象となりません。 ※通院と自宅待機が重なった日は、自宅待機日として計算してください。(重複してカウントできません)		
	自宅待機日数	合計	日			
死亡	西暦	年	月	日		

※申請には根拠書類が必要となります。必要書類につきましては、HPをご確認ください。

※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。

■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】

_____ 印

役職 _____ 氏名 _____

■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		

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。
なお、この情報は一般社団法人日本臨床衛生検査技師会並びに引受保険会社と共有いたします。