

【COVID-19専用】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	会員番号			
被保険者欄	フリガナ				本件についてのご連絡先	□自宅	-	-
	氏名					□携帯		
	自宅住所	〒			□勤務先		内線：	

罹患内容	感染症名	COVID-19					
	症状の有無	□症状あり □無症状 (必ずいずれかにチェックを入れてください)					
	発症日	西暦	年	月	日	(症状ありの場合のみ記入)	
	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	□勤務先施設 □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・会主催の行事中に新型コロナウイルス感染症に罹患した経路を必ずご記入ください。					
	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			

※必要書類につきましては、「新型コロナウイルス感染症 の日数計算と必要書類」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】

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		

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と共有いたします。