

感染症罹患共済金制度 申請用紙

一般社団法人日本臨床衛生検査技師会
事務代行会社:(株)メディックプランニングオフィス

※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 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 |
| | 氏名 | | | | | |
| | 自宅住所 | 〒 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---------|---|----------------------------------|---|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|---|
| 罹患内容 | 感染症名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 感染症罹患を医師に診断された日 | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通院・自宅待機 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 通院日と自宅待機日を、下のカレンダーに印(通院=○印 待機期間=△印)をつけ、合計の日数を記入してください。 通院日と自宅待機日が重複する場合は、自宅待機日とします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 月 |
| ○通院 計 | | 日 | + | △自宅待機 計 | | 日 | = | 合計 | | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | (領収書の枚数と相違ないことをご確認ください。) | | | | (証明書類に記載の待機期間日数以内であることをご確認ください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 死亡 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

★見舞金は入院・通院・自宅待機日数の合計日数を、ご提出いただいた書類と照らし合わせて算出いたします。
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きください。