

感染症罹患 報告書兼請求書

ご記入日: 西暦 年 月 日

FAX : 0120-035466

★すべての入院、通院、自宅待機後にご提出ください。

会員	フリガナ		日中の連絡先	TEL: ()
	氏名			メール:
	住所	〒		

罹患内容	感染症名		見舞金の対象となる感染症は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」「同施行令」「同施行規則」に定める1類～5類の感染症です。
	感染症発症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() ※注意※業務中以外の感染症罹患は対象になりません。	
	感染経路		

本感染事故は、業務中の罹患であることを証します。

(所属長): 役職 氏名 印

入院日と通院日を、右下のカレンダーに印(入院=○印 通院=△印)をつけ、合計の日数を記入してください。
※上記カレンダーに書ききれない場合は、欄外にご記入ください。

内訳	入院 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	計 日 (診断書や領収書の日数と相違ないことをご確認ください。)	通院 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	計 日 (領収書の枚数と相違ないことをご確認ください。)		
	入院+通院 合計日数	入院 日	+	通院 日	=	合計 日

感染見舞金 請求書

年 月 日に診断を受けた感染症罹患につき、以下の通り感染見舞金を請求いたしますので、指定口座にお振り込みください。感染症罹患の内容については、上記「罹患内容」「内訳」の通りです。

金 円

振込先口座	<input type="checkbox"/> 日本視能訓練士協会登録口座に振り込んでください。 <input type="checkbox"/> 以下の金融機関口座に振り込んでください。		どちらかに必ずチェックをいれてください。			
	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		

★見舞金は入院・通院日数の合計日数を、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、予めご了承ください。
なお、この情報は公益社団法人日本視能訓練士協会と共有いたします。