

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	
	感染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(施設名:) ※注意※業務中以外の <input type="checkbox"/> その他() 感染症罹患は対象になりません。
	感染経路 ※「感染経路不明」は補償対象外となります。	

本感染事故は、業務中の罹患であることを証します。 所属施設名: _____

(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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
	___月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	___月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 計 _____ 日 <small>(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。)</small>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 計 _____ 日 <small>(領収書の枚数と相違ないことをご確認ください。)</small>

入院+通院 合計日数 _____日 + _____日 = _____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

日本視能訓練士協会登録口座に振り込んでください。
 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。

振込先口座	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。

WEB