

# 新型コロナウイルス感染症による 入院給付金等のご請求をされるお客様へ

## 必ずご確認ください

**!** 以下の記載については、**2023年4月27日時点**での取扱いに基づき作成しており、今後法令の改正等により**変更する可能性があります**。

**!** 「My HER-SYS」の療養証明機能については、**2023年9月末まで利用可能であるとの発表がされておりますが、2023年10月以降の利用については未定となっておりますので、My HER-SYSの療養証明書にて給付金を請求される場合は、ご注意ください**。

新型コロナウイルス感染症に罹患され、医療機関への入院または、医療機関の事情などにより、**自宅またはその他病院などと同等とみなされる施設で治療を受けられた場合に、入院給付金のお支払いの対象としてお取扱いできる可能性がございます**。新型コロナウイルス感染症に関する入院給付金のご請求にあたり、以下の記載内容をご確認ください。

		陽性診断日		
		2022年9月25日以前	2022年9月26日～ 2023年5月7日	2023年5月8日以降
医療機関への入院をされた場合		○ ご請求対象 <a href="#">ページ2</a>		
宿泊・自宅療養された場合	発生届の対象となる方 (4類型) (*)	○ ご請求対象 <a href="#">ページ3</a>	○ ご請求対象 <a href="#">ページ4</a>	× ご請求対象外
	上記以外の方		× ご請求対象外	

(\*) 医療機関の事情などにより、**自宅またはその他病院などと同等とみなされる施設で治療を受けられた方のうち、保健所への発生届の対象となる重症化リスクが高いとされるお客様が対象となります**。詳細は[ページ4](#)をご確認ください。

## <各ページの記載内容>



# 医療機関へ入院された方は以下をご確認ください

## ご請求対象となる条件

「入院開始日」から「退院日」が1泊2日以上の場合

## お支払いの対象となる期間

「入院開始日」から「退院日」までの期間

## ご請求時の必要書類

「給付金請求書」に加えて、以下に記載の書類をご提出ください。

必要書類	
医療機関への入院	以下(1)(2)のいずれかの書類 (1) ・治療内容報告書 および ・「入院期間」がわかる医療機関の証明書(領収証・退院証明書等)【コピー取扱可】 (2) 当社所定の診断書

なお、医療機関に入院される前に、宿泊・自宅療養された場合は陽性診断日に応じてページ3またはページ4をご確認ください。

## 「治療内容報告書」のご記入にあたっての留意点

■ 以下は「治療内容報告書【総合医療保険(団体型)用】」の記入例です。

以下①～⑦の各項目の留意事項を確認のうえ、受取人ご本人がご記入ください。

① 「治療内容報告書【総合医療保険(団体型)用】」の記入日をご記入ください。

② 受取人名を受取人ご本人がご記入ください。

③ 傷病者ご本人の名前・性別・生年月日をご記入ください。

④ 「新型コロナウイルス感染症」とご記入ください。

⑤ 医療機関等の「初診日」、もしくは「症状が出現した日」をご記入ください。

⑥ 「入・退院日」をご記入ください。

⑦ 入院された「病院または診療所の名称」「所在地」「電話番号」「医師氏名」をご記入ください。

治療内容報告書【総合医療保険(団体型)用】

医師による証明は不要です。受取人ご本人がご記入ください。  
「治療内容報告書【総合医療保険(団体型)用】」による請求にあたっては、医療機関発行の領収証のコピー(※)を添えてご提出ください。  
 ※領収証に健康保険証の記号・番号、保険者番号の記載がある場合は、抹消(黒塗り)してください。  
 なお、提出内容から支払可否が判断できない場合には、当社所定の「入院・手術・3次疾病等診断書(証明書)」を提出いただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

日本生命保険相互会社 行  
記載事項は事実と相違ありません。なお、以下に列挙するとともに、提出した書類の返却を求めません。  
 ①記載事項について、日本生命が必要に応じて病院(診療所)に対し事実の確認を実施すること  
 ②記載事項が事実と相違する場合には、給付金を受取ることができない場合があります  
 ③後日、記載事項が事実と相違していることが認められた場合には、正当な支払額にて精算を行うこと

① 記入日 (和暦) 令和5年 6月10日

② 受取人 (フリガナ) ニッセイ タロウ  
 (自署) 日生 太郎

治療内容記入欄 (入院期間は領収証等から転記してください。)

③	1	傷病者氏名 (入院・手術された方)	(フリガナ) ニッセイ タロウ 日生 太郎	性別 (男) (女) (その他)	生年月日 (昭和) (令和) 55年 8月 2日
④	2	傷病名 <small>※具体的な病名、けがの名称をご記入ください。(例:胃潰瘍・左手首の骨折等)</small>	新型コロナウイルス感染症		
⑤	3	初診日	5年 5月 26日		
⑥	4	入院期間 1回目入院 2回目入院	5年 5月 27日 ~ 年 月 日 ~	5年 6月 3日 年 月 日	
⑦	5	病院または診療所の名称 所在地 電話番号 医師氏名	〇〇 (診療所) 内科 大阪市〇〇区〇〇町〇〇-〇〇 ( 06 ) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇 〇〇 医師		

手術給付金を請求する場合は、以下もご記入ください。(総合医療保険(団体型)のみが対象です。)  
1枚の領収証に手術1回分のみの医師診療報酬点数(手術料)の記載がある場合にのみ、当用紙にて請求いただけます。  
 「治療内容報告書【総合医療保険(団体型)用】」による請求にあたっては、手術給付金の支払対象となる手術の場合にご記入ください。

6 手術  
 手術日 (平成) (令和) 年 月 日  
 正式手術名 手術部位

日本生命保険相互会社 団体保険支払サービス課 (2021.9) K21-142  
 2022/03/17 13:06:37 2-7918720

# 2022年9月25日以前に陽性と診断され、 宿泊・自宅療養された方は以下をご確認ください

## ご請求対象となる条件

医療機関の事情などにより、自宅またはその他病院などと同等とみなされる施設で治療を受けられた方で、  
「PCR検査等で陽性と診断された日（\*1）」から「厚生労働省の定める解除基準に該当した日（保健所等から通知された解除日）」までの期間が1泊2日以上となった場合

## お支払いの対象となる期間

「PCR検査等で陽性と診断された日（\*1）」から「厚生労働省の定める解除基準に該当した日（保健所等から通知された解除日）」までの期間

(\*1) 濃厚接触者と指定された方が有症状となり、PCR検査等を経ずに臨床症状を踏まえて医師より罹患の確定診断を受けた場合は、その診断を受けた日からとなります。

## ご請求時の必要書類

「給付金請求書」に加えて、以下に記載の書類をご提出ください。

	必要書類
宿泊施設 または 自宅での 療養	<ul style="list-style-type: none"><li>・治療内容報告書 および</li><li>・「My HER-SYS」で取得した画面での療養証明（<u>診断年月日が記載された画面</u>）(*2)(*3)(*4)</li></ul> <p>「My HER-SYS」で取得した画面での療養証明がご準備できない場合は、以下いずれかの書類をご請求ください。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・新型コロナウイルス感染症に罹患したことがわかる医療機関が発行する検査結果報告書（被保険者名・検査日または検査結果判明日・医療機関名の記載があるもの）</li><li>・自治体の健康フォローアップセンター(*5)の受付結果（被保険者名の記載があるもの）</li></ul>

- \*2 保健所・自治体から発行された「療養証明書」を既にお持ちの場合は、その「療養証明書」でご請求いただけます。
- \*3 療養期間が12日以上となった場合、上記に加えて既にお持ちの「新型コロナウイルス感染症に罹患したことおよび療養期間がわかる療養証明書（保健所・自治体・医療機関発行）」をご提出いただく必要があります。
- \*4 お客様自ら抗原検査キット等で検査し、陽性だったことを示す検査結果ではご請求いただけません。
- \*5 自治体ごとに名称が異なるため、お住いの自治体の名称をご確認ください。

## 必ずご確認ください

-  **濃厚接触者**として自宅等で待機した場合や、**休業要請**により自宅等で待機した場合等は、**お支払いの対象となりません。**
-  **ご請求は療養解除後に実施してください。**解除日以前のご請求ではお支払事由に該当するか確認ができません。

“「治療内容報告書」のご記入にあたっての留意点【宿泊・自宅療養の方用】”についてページ5をご確認ください。

# 2022年9月26日から2023年5月7日に陽性と診断され、 宿泊・自宅療養された方は以下をご確認ください

## ご請求対象となる条件

- ① 医療機関の事情などにより、自宅またはその他病院などと同等とみなされる施設で治療を受けられた方のうち **保健所への発生届の対象となる重症化リスクが高いとされる以下のお客様**
- ・65歳以上の方
  - ・入院を要する方
  - ・重症化リスクがあり、新型コロナウイルス治療薬（\*1）の投与または新型コロナウイルス罹患により酸素投与が必要な方（**新型コロナウイルス治療薬の投与または新型コロナウイルス罹患により酸素投与がされていても、保健所への発生届の対象でない場合、お支払いの対象とはなりません。**）
  - ・妊娠中の方
- （\*1）厚生労働省が定める以下の治療薬となります。（2022年12月16日時点）
- 〔ロナプリーブ（カシリビマブ・イムデビマブ）／ステロイド薬／ゼビュディ（ソトロビマブ）／トシズマブ／パキロビッド（ニルマトレルビル・リトナビル）／パリチニブ／ラゲブリオ（モルヌピラビル）／ベクルリー（レムデシビル）〕  
なお、ゾコーバ（エンソレルビル）や解熱・鎮痛薬（カロナールやロキソニン等）、市販の風邪薬は含まれません。

- ② 「PCR検査等で陽性と診断された日（\*2）」から「厚生労働省の定める解除基準に該当した日（保健所等から通知された解除日）」までの期間が **1泊2日以上** となった場合

## お支払いの対象となる期間

「PCR検査等で陽性と診断された日（\*2）」から「厚生労働省の定める解除基準に該当した日（保健所等から通知された解除日）」までの期間

（\*2）濃厚接触者と指定された方が有症状となり、PCR検査等を経ずに臨床症状を踏まえて医師より罹患の確定診断を受けた場合は、**その診断を受けた日**からとなります。

## ご請求時の必要書類

「給付金請求書」に加えて、以下に記載の書類をご提出ください。

	必要書類								
宿泊施設 または 自宅での 療養	・治療内容報告書 および ・「My HER-SYS」で取得した画面での療養証明（ <b>診断年月日が記載された画面</b> ）（*3）（*4）（*5）								
	「My HER-SYS」で取得した画面での療養証明がご準備できない場合は、以下①および②の書類をご請求ください。 ① 新型コロナウイルス感染症に罹患したことがわかる医療機関が発行する検査結果報告書（被保険者名・検査日または検査結果判明日・医療機関名の記載があるもの） または自治体の健康フォローアップセンター（*6）の受付結果（被保険者名の記載があるもの） ② 区分に応じた以下追加資料								
	<table border="1"><thead><tr><th>区分</th><th>追加資料【コピー取扱可】</th></tr></thead><tbody><tr><td>65歳以上の方</td><td>不要</td></tr><tr><td>投薬・酸素投与がある方</td><td>厚生労働省が定める治療薬のいずれかの投与、または酸素投与されていることがわかる診療明細書</td></tr><tr><td>妊娠中の方</td><td>母子手帳（被保険者名・交付日がわかるページ）</td></tr></tbody></table>	区分	追加資料【コピー取扱可】	65歳以上の方	不要	投薬・酸素投与がある方	厚生労働省が定める治療薬のいずれかの投与、または酸素投与されていることがわかる診療明細書	妊娠中の方	母子手帳（被保険者名・交付日がわかるページ）
区分	追加資料【コピー取扱可】								
65歳以上の方	不要								
投薬・酸素投与がある方	厚生労働省が定める治療薬のいずれかの投与、または酸素投与されていることがわかる診療明細書								
妊娠中の方	母子手帳（被保険者名・交付日がわかるページ）								

- \*3 保健所・自治体から発行された「療養証明書」を既にお持ちの場合は、その「療養証明書」でご請求いただけます。
- \*4 療養期間が12日以上となった場合、上記に加えて既にお持ちの「新型コロナウイルス感染症に罹患したことおよび療養期間がわかる療養証明書（保健所・自治体・医療機関発行）」をご提出いただく必要があります。
- \*5 お客様自ら抗原検査キット等で検査し、陽性だったことを示す検査結果ではご請求いただけません。
- \*6 自治体ごとに名称が異なるため、お住いの自治体の名称をご確認ください。

## 必ずご確認ください

-  **濃厚接触者**として自宅等で待機した場合や、**休業要請**により自宅等で待機した場合等は、**お支払いの対象となりません。**
-  **ご請求は療養解除後に実施してください。**解除日以前のご請求ではお支払事由に該当するか確認ができません。

「治療内容報告書」のご記入にあたっての留意点【宿泊・自宅療養の方用】についてページ5をご確認ください。

# 「治療内容報告書」のご記入にあたっての留意点

## 【宿泊・自宅療養の方用】

- 新型コロナウイルス感染症に罹患され、入院給付金をご請求される場合は、「治療内容報告書【総合医療保険（団体型）用】」をご提出ください。
- 以下は「治療内容報告書【総合医療保険（団体型）用】」の記入例です。  
以下①～⑧の各項目の留意事項を確認のうえ、受取人ご本人がご記入ください。

### ①～⑧は必ずご記入ください。

① 「治療内容報告書【総合医療保険（団体型）用】」の記入日をご記入ください。

② 受取人名を受取人ご本人がご記入ください。

③ 傷病者ご本人の名前・性別・生年月日をご記入ください。

④ 「新型コロナウイルス感染症」とご記入ください。

⑤ 医療機関等の「初診日」、もしくは「症状が出現した日」をご記入ください。

⑥ 「PCR検査等による陽性判明日」をご記入ください。

⑦ 「保健所等から通知された解除日」をご記入ください。

⑧ 「自宅」や「宿泊施設名」をご記入ください。  
「医師氏名」の記入欄は、不明な場合は空欄でも結構です。

### 治療内容報告書【総合医療保険（団体型）用】

医師による証明は不要です。受取人ご本人がご記入ください。  
 「治療内容報告書【総合医療保険（団体型）用】」による請求にあたってを確認のうえご記入いただき、医療機関発行の領収証のコピー（※）を添えてご提出ください。  
 ※領収証に健康保険証の記号・番号、保険者番号の記載がある場合は、抹消（黒塗り）してください。  
 なお、提出内容から支払可否が判断できない場合には、当社所定の「入院・手術・3大疾病等診断書（証明書）」を提出いただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

日本生命保険相互会社 行

記載事項は事実と相違ありません。なお、以下に同意するとともに、提出した書類の返却を求めません。

- ①記載事項について、日本生命が必要に応じて病院（診療所）に対し事実の確認を実施すること
- ②記載事項が事実と相違する場合には、給付金を受取ることができない場合があること
- ③後日、記載事項が事実と相違していることが認められた場合には、正当な支払額にて精算を行うこと

① 記入日 (和暦) 令和4年 10月 11日

② 受取人 (フリガナ) ニッセイ タロウ  
(自署) 日生 太郎

治療内容記入欄 (入院期間は領収証等から転記してください。)

③	1	傷病者氏名 (入院・手術をされた方)	(フリガナ) ニッセイ タロウ 日生 太郎	性別 男性 女性	昭和 平成	生年月日 55年 8月 2日
④	2	傷病名	新型コロナウイルス感染症			
⑤	3	初診日	4年 9月 26日			
⑥	4	① 回目入院	4年 9月 27日	⑦ 平成 令和	4年 10月 3日	
		② 回目入院	年 月 日 ~	平成 令和	年 月 日	
⑧	5	病院または診療所の名称	病院 診療所			
		所在地				
		電話番号	( )			
		医師氏名	医師			

手術給付金を請求する場合は、以下もご記入ください。(総合医療保険(団体型)のみが対象です。)

- 1枚の領収証に手術1回分のみの医科診療報酬点数(手術料)の記載がある場合にのみ、当用紙にて請求いただけます。
- 「治療内容報告書【総合医療保険(団体型)用】」による請求にあたってを確認のうえ、手術給付金の支払対象となる手術の場合にご記入ください。

6	手術日	平成 令和	年 月 日
	正式手術名		手術部位



日本生命保険相互会社 団体保険支払サービス課 (2021.9) K21-142

2022/03/17 13:06:37 2-7918720