

令和5年1月5日

妊婦等が新型コロナウイルスに感染した場合の
生活年金プラン保険金請求について

新型コロナウイルス感染者に係る生活年金プランの保険金請求については、令和4年9月26日付けで御案内をしているところですが、下記のとおり追加で給付の対象となる可能性がある方についてお知らせします。

記

1 追加となる対象制度及び対象者

生活年金プラン「医療保障プラス」に加入している妊婦等

- ※ 妊娠、分娩及び産褥^{じよく}期間中に新型コロナウイルスに感染した場合、「医療保障プラス」の給付対象となる可能性があります。
- ※ 令和4年9月25日以前に感染し、「医療保障」又は「医療費支援一時金プラン」の保険金を請求済みの方も対象となる可能性があります。

2 請求方法

医療保障プラス用の「医療保険 保険金請求書*1」、「治療状況報告書*1」に、「療養証明*2」及び「妊婦等であることがわかる書類*3」を添付して請求してください。

また、記入方法等については、別添「記入例」を御確認ください。

- *1 当組合ホームページの各種用紙、生活年金プランの⑧「医療保険 保険金請求書(医療保障プラス)」、⑥「治療状況報告書(医療保障プラス)」に掲載しています。
- *2 「My HER-SYS療養証明(画面)」の代わりとして、「就業制限・解除通知書」、「療養期間通知書」、「療養証明書」又は「診療明細書(新型コロナウイルス感染症の治療とわかるもの)」、「PCR検査センター、抗原検査センターの検査結果(市販の検査キットを除く)」、「陽性診断確定メール」等の医療機関、保健所又は自治体が発行したものの組合せで必要な3項目(①被保険者氏名 ②診断病名 ③医師による診断年月日)がわかるものでも可。
 - ※ 既に「医療保障」又は「医療費支援一時金プラン」で保険金を請求済みの方については、「医療保障の請求時に療養証明を添付済みです。」と余白に記入するか付箋を付けていただければ、療養証明書類の添付を省略していただけます。
- *3 妊娠中・産褥^{じよく}期等であったことがわかる(日付のある)母子手帳のコピーを添付してください。

添付書類に関する問合せは、「明治安田生命 中部公法人部 法人営業第二部 担当：黒川、横井(Tel052-951-9102)」までお問い合わせ願います。

<担当>
経理課貸付貯金係
TEL 059-253-2705

記入例



医療保険 保険金請求書 (損害保険用)

明治安田損害保険株式会社 御中

DC 2121

契約者記入欄

- 保険約款の規定により、下記契約の保険金を請求します。
- 貴社が業務委託を行なう明治安田生命保険相互会社が本書類等保険契約に係わる一切の書類を取り扱い、情報を知り得ることに同意します。

団体番号
医療保障プラス：91901322000001

団体番号 **91901322000001**

| 契約者 | |
|-----|--------------|
| 団体名 | 三重県市町村職員共済組合 |

組合員証の記号、番号
例は、記号020 番号316の場合

| | |
|----------|--|
| 被保険者番号 | 02000316 |
| 被保険者区分 | <input type="checkbox"/> 所属員本人 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> こども <input type="checkbox"/> 会社負担分 |
| 被保険者カナ氏名 | ヤスタ アキコ 様 |

| 請求項目 |
|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 入院・手術 |

訂正する際は、二重線で取り消してください。
訂正印は不要です。

受取人記入欄

表紙記載の<個人情報のお取り扱い>の同意事項を確認し、同意のうえ、請求します。

- 指定の口座への振込みをもって受領したものと認め、保険金受領書は提出いたしません。
- 本件については貴社(または貴社が指名する者)が医療機関関係者に対し私の検査・治療に関する説明を求めめることに同意します。
- 「保険金」の請求者が2名以上になる場合
請求者全員の協議により代表者として選出された私が代表して請求します。
なお、本請求について後日利害関係人から異議の申し出があっても全請求者が連帯して責任を負い、貴社に一切迷惑をかけません。
※被保険者さまの死亡の場合は、「代表請求者選任届」に記載の<確認事項>をご確認のうえ、お手続きください。

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 請求者 | フリガナ ヤスタ アキコ | 病气・けがをされた方の氏名等を記入してください。 | |
| | 氏名 安田 明子 | 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女 | 生年月日 大正 昭和 平成 令和 62年 10月 15日 |
| | 住所(自宅) 〒 5110 0393 フリガナ 三重 〇〇市〇〇町△△-△△ | 電話(日中の連絡先) <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> お勤め先 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 | 親権者・後見人署名欄 |

| | | | |
|-------|--|---------------------------------------|-------------------------------|
| 振込先口座 | 金融機関名 共済 組合 | 金融機関コード 9999 | ▼請求者様の名義以外の口座へ送金の場合のみご記入ください。 |
| | 本店名 組合 | 本店コード(店番) 999 | 受領代行委任届 |
| | 預金種目 <input checked="" type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号 99999 | 当保険金の請求にあたり、記載の口座名義人へ送金ください。 |
| | 口座名義人(カナ) ヤスタ アキコ | 姓と名の間は1マス空けて左詰でご記入ください。濁点も1マスお使いください。 | 請求者様から見た口座名義人の続柄 [] 印 |

| | | | | | | |
|--|---------|------|------|---------|-----------|--------|
| この事故で支払対象となる他の保険会社の保険契約がある場合は記入してください。 | 保険会社名 | 保険種目 | 証券番号 | 保険会社受付欄 | 明治安田生命受付欄 | 代理店受付欄 |
| | 記入不要です。 | | | | | |

生命保険のご請求は(生命保険用)をご使用ください。

保存 ㊤ 永久 ㊤79828 2022.01(2022.03改訂)

- 「My HER-SYS療養証明(画面)」等を添付してください。
- ※「医療保障」又は「医療費支援一時金プラン」で保険金請求済みの場合は、「医療保障の請求時に療養証明を添付済み」と余白等に記入することで添付省略可能。
- 母子手帳のコピーを添付してください。

① 署名欄

当報告書の使用にあたり、「記入のご案内」を確認し、以下のことについて了承のうえ請求します
 ●記載内容に相違ないことを確認し、万一事実と異なることが判明した場合は、保険金が支払われず、また、既に支払われた保険金があるときはこれを返還すること
 ●添付書類(医療機関発行の領収書、または病院発行の貴社所定外の診断書コピー等)について、支払可否が判断できない場合は貴社所定の診断書を提出すること
 ●治療を受けられた病院または診療所に、貴社が不明点等を確認すること

令和 5 年 1 月 10 日

請求者

安田 明子

※請求者が未成年などの場合は、親権者(後見人)が署名ください。

被保険者との続柄 本人

② 記載事項

| | | | | | |
|--------------------|--|-------------------|--|------|--|
| 被保険者名 (治療を受けた方) | ヤスダ アキコ <small>※請求者と被保険者が異なる場合は必ずご記入ください。</small> | 性別 | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 生年月日 | <input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 62 年 10 月 15 日 |
| 傷病名 | 新型コロナウイルス感染症 <small>※入院期間が複数回あり、入院原因傷病名が複数ある場合は、例のようにご記入ください。 例 (1)傷病名A (2)傷病名B</small> | 左記傷病の原因 | 病気の場合 <small>※「傷病名」のその原因がある場合に病名をご記入ください。</small> 事故の場合(転倒等) <small>※不慮の事故が原因の場合には「傷害事故状況報告書 兼 事故証明書」をあわせて提出してください。</small> | | |
| 初診日 | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | 発症日 または 事故日 | <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4 年 12 月 10 日 | | |

③ 添付書類

保険金種類により、添付する客観資料の提出をお願いします。(詳細は「記入のご案内」を参照ください)

| 保険金種類 | <ul style="list-style-type: none"> ● 疾病・傷害入院保険金 ● 疾病・傷害入院支援保険金 ● 疾病・傷害入院初期費用保険金 | <ul style="list-style-type: none"> ● 疾病・傷害手術保険金 | <ul style="list-style-type: none"> ● 三大疾病入院保険金 ● 糖尿病・高血圧入院保険金 ● 腎臓病・肝臓病入院保険金 ● 女性疾病入院保険金(悪性新生物のぞく) | <ul style="list-style-type: none"> ● 三大疾病手術保険金 ● 糖尿病・高血圧手術保険金 ● 腎臓病・肝臓病手術保険金 ● 女性疾病手術保険金(悪性新生物のぞく) | <ul style="list-style-type: none"> ● 女性疾病入院保険金(悪性新生物の場合) ● 女性疾病手術保険金(悪性新生物の場合) |
|-------|--|--|--|--|--|
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 領収書 | <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 | <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書等 ● 医療機関発行の傷病名記載のある書類 | <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 手術同意書等 ● 医療機関発行の傷病名記載のある書類 | <input type="checkbox"/> 診断書 |

④ 入院

| | | |
|----|------|---|
| 入院 | 入院期間 | (1) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| | | (2) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| | | (3) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| | | (4) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |

⑤ 手術

手術名は、診療明細書を確認のうえ正確にご記入ください。

| | | | | | |
|-----|----------------------|----|--|-----|---|
| 手術名 | <input type="text"/> | 部位 | <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方 | 手術日 | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| 手術名 | <input type="text"/> | 部位 | <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方 | 手術日 | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| 手術名 | <input type="text"/> | 部位 | <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方 | 手術日 | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| 手術名 | <input type="text"/> | 部位 | <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方 | 手術日 | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |

⑥ 放射線・温熱療法

| | | | | | |
|--------------------------------|-------|---|---|-------|---|
| <input type="checkbox"/> 放射線照射 | [開始日] | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | ~ | [終了日] | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 温熱療法 | | | | | |

※当会社所定の診断書を提出の場合は当報告書の提出は不要となります。