

令和4年9月26日

生活年金プラン新型コロナウイルス感染症に係る保険金請求について

新型コロナウイルス感染症に係る生活年金プランの保険金請求時の手続や注意点について、下記の通りお知らせします。

また、令和4年9月26日から「みなし入院」の取扱いが見直され、支払い対象者が変更になりましたので、併せてご確認ください。

記

1 対象制度

生活年金プランの「医療保障」又は「医療費支援一時金プラン」

2 請求方法

所定の「保険金・給付金請求書」及び「治療状況報告書」*1 に、「My HER-SYS 療養証明(画面)」*2 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」をご確認ください。

*1 当組合ホームページの各種用紙、生活年金プランの④「保険金・給付金請求書(生活年金プラン・医療保障・医療費支援一時金プラン等)」、⑤「治療状況報告書(医療保障・医療費支援一時金プラン)」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」、「診療明細書(新型コロナウイルス感染症の治療と分かるもの)」、「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(氏名、診断病名、医師による診断年月日)がわかるもの※でも可。

※ 令和4年9月9日以降、三重県ではMY HER-SYSが利用できない(HER-SYS IDが発行されない)場合がありますので、その場合は療養期間通知書の交付を申請していただくか、健康フォローアップセンター登録申請時に提出した検査結果等の写真、受付完了後の療養指示メール等も組み合わせて代用いただけます。

3 対象期間

診断日が令和4年9月25日以前の方は、宿泊療養又は自宅療養された場合、「みなし入院」として一律10日間、入院したものとして取り扱われます。

療養期間が11日以上で、11日以上の期間について請求を行う場合は、お手元にある療養期間のわかる証明書類*を添付してご請求ください。

*療養期間に係る証明書類等に関する問合せは、「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(Tel.052-951-9102)」までお問い合わせ願います。

4 令和4年9月26日以降の取扱い

新型コロナウイルス感染症の診断日が令和4年9月26日以降の方について、次

のように取扱いが変更になりました。

- ・ 対象者は以下の「4類型」のいずれかに該当する方に限ります。
 - ▶ 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の投与または新たに酸素投与が必要と、医師が判断する方
 - ▶ 妊婦
 - ・ 重症化リスクが高い方である証明が必要になります。(ただし、My HER-SYS 療養証明(画面))で、これに代えることができます。)
 - ・ 「みなし入院」の支払い対象日数が10日から7日になります。
- ※ 各詳細については、別添「新型コロナウイルス感染者に関する「みなし入院」の取扱い変更について」をご確認ください。

5 その他

退職者等、保険料を年払いされている方については、「ライフプラン三重 TEL059-229-4501」が請求先になりますので、そちらへお問い合わせ願います。

<担当> 経理課貸付貯金係 TEL 059-253-2705

契約者記入欄

貴社約款の規定により、下記契約の保険金または給付金を請求します。
 なお、下記受取人(代表受取人選任届に記載の受取人を含む)は契約上の指定受取人に相違ないことを確認いたしました。

証券番号

7	6	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1
7	6	1	0	0	7	9	9	0	0	0	0	0	0	1

医療保障：76001600000001
 医療費支援一時金プラン：76100799000001
 被保険者が加入しているプランを記入してください。

※5件以上ご請求される場合、以下にご記入ください。

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
 所属員本人 配偶者 子ども 会社負担分

被保険者カナ氏名 ヤスタ ハナコ 様

契約者(代理人)

住所 三重県津市河芸町浜田808

団体名 三重県市町村職員共済組合

代表者役職・氏名 理事長

届出印

当組合で記入するので、この欄は記載不要です。

請求項目※

死亡 リビング・ニーズ

高度障害 障害

特定疾病 (7大疾病 上皮内がん等)

入院・手術・放射線 先進医療

就業不能 保険料払込免除

※請求項目の詳細は「記入のご案内」を参照ください。

被保険者が賞与時払(ボーナス払)コースに加入の方のみ

賞与時払保険料の取扱い

保険金より相殺 他の加入者と一括支払い(払込済みも含む)

下記いずれかにチェックしてください。

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<個人情報のお取扱い>の同意事項を確認し、同意のうえ、請求します。
 なお、貴社が必要と認めた場合には、請求内容の事実の確認を医療機関等に行なうことを承諾します。

「保険金」・「給付金」の受取人が2名以上になる場合

受取人全員の協議により代表者として選任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受取人が連帯して責任を負い、貴社に一切迷惑をかけません。

表紙記載の<支払調書が作成される場合>

受取人(委任者)は、上記「契約者(契約者から委託を受けた者がいる場合はその受託者)」を代理人として定め、当該代理人を通じて、保険取引に関する支払調書作成事務のため、当該委任者の個人番号(マイナンバー)を明治安田生命保険相互会社に申告いたします。

組合員の氏名等をご記入ください。

フリガナ ヤスタ タロウ

氏名 安田 太郎

性別 男 女

生年月日 大正 昭和 平成 令和
 62年 12月 27日

住所(自宅) 〒5100393 フリガナ 三重 都道府県 ○○市 □□町 ***

電話(日中の連絡先) ご自宅 お勤め先 携帯 その他
 090 - 1234 - 56 × ×

親権者・後見人署名欄 フリガナ

※親権者・後見人がお手続きされる場合は署名・押印ください。

金融機関名 共済 銀行 信託 農協 信金 労金 信組

金融機関コード 9999

本支店名 組合 支店 本店 出張所 店

本支店コード(店番) 999

預金種目 普通・総合 当座

口座番号 99999

口座名義人(カナ) ヤスタ タロウ

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。

受領代行委任届
 当保険金・給付金の請求にあたり、記載の口座名義人へ送金ください。
 受取人から見た口座名義人の続柄 [] 印

※受取人以外の口座へ送金を希望される場合、受取人がご記入・押印ください。

被保険者住所

〒 [] [] [] [] [] []

都道府県

※被保険者と受取人のご住所が異なる場合のみご記入ください。

「My HER-SYS療養証明(画面)」等を添付してください。

明治安田生命保険相互会社 御中

医師による証明は不要です

DC 3583

リストNO 135

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、給付金が支払われず、また、既に支払われた給付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や入院診療計画書・診療明細書等、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 4 年 9 月 22 日

受取人 安田 太郎

被保険者
との続柄 父

※受取人が未成年などの場合は、親権者(後見人)がご署名ください。

② 記載事項

被保険者名 (治療を受けた方)	ヤスタ [®] ハナコ <small>※受取人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	昭和 <input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 <input type="radio"/>	26 年 12 月 1 日
傷病名	新型コロナウイルス感染症	左記傷病の 原因	病気の場合 ※「傷病名」のその原因がある場合に病名をご記入ください。 事故の場合(転倒等) ※不慮の事故が原因の場合には「受傷状況報告書」をあわせてご提出ください。			
初診日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	発症日 または 事故日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4 年 7 月 15 日			

③ 添付書類

給付金種類に応じて、添付書類(いずれもコピー可)のご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。

給付金種類	●入院給付金 ●入院支援給付金	●三大疾病入院給付金	手術(外来・入院時) ●手術給付金 <small>※外来・入院中を含みます ※治療支援給付特約の「外来手術給付金」のみご請求の場合は右欄となります</small>	<治療支援給付特約ご加入者限定> 外来手術・外来放射線 ●外来手術給付金 ●外来放射線治療給付金	●集中治療給付金	●先進医療給付金
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書等(*1)	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書(*2)	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 診断書	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診断書

(*1)医療機関発行の傷病名記載のある書類 (*2)複数枚ある場合は全てご提出ください

④ 入院

④、⑤-1へ ④へ ⑤、⑥へ ⑤もしくは⑥へ 以下、記入不要

入院期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 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	部位 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 右	手術日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
手術名	部位 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 右	手術日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
手術名	部位 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 右	手術日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日

⑤-1

不慮の事故が原因で入院期間中に以下の手術を受けられた場合のみ、該当の手術にチェックしてください。

抜釘術
瘢痕形成術

- 抜釘術 骨を固定するために使われたボルト・プレート・鋼線等を取り出すための手術 瘢痕形成術 熱湯や手術等による傷痕の凹凸やひきつれ等を目立たなくするための手術

⑥ 放射線・温熱療法

放射線照射 温熱療法

[開始日] 平成 令和 年 月 日 ~ [終了日] 平成 令和 年 月 日

※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。

団体代表者各位
 (団体事務ご担当者各位)

明治安田生命保険相互会社
 明治安田損害保険株式会社

新型コロナウイルス感染者に関する「みなし入院」の取扱い変更について

拝啓 日頃は格別のご愛顧を賜り厚くお礼申し上げます。

既に報道にもあるとおり、政府から、①9月26日以降、全国一斉に全数把握を見直し、②9月7日以降、感染者（有症状者）の療養期間を10日間から7日間に短縮、の2点が公表されました。

この政府公表を受け、当社では、新型コロナウイルス感染者に関する「みなし入院」の取扱いを下記のとおり変更することといたしましたので、お知らせいたします。

敬 具

記

1. お支払いする対象者の変更

全数把握の見直しに伴い、9月26日以降、新たに新型コロナウイルス感染症と医師から診断され、医師や保健所の判断により宿泊療養、自宅療養をされた場合の入院給付金・保険金等の取扱い（「みなし入院」による取扱い）について、以下のとおり変更いたします。

(1) お支払いする対象者

- ・「みなし入院」のお支払い対象者は「重症化リスクが高い方」のみとなります。
- ・「重症化リスクが高い方」とは、具体的には以下の4類型に該当する方となります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 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（※）の投与または新たに酸素投与が必要と、医師が判断する方 ・ 妊婦の方 |
|---|

(※) 新型コロナウイルス治療薬 (2022年9月9日現在)

名称	商品名
カシリビマブ・イムデビマブ	ロナプリーブ
ステロイド薬 (デキサメタゾン)	デカドロン
ソトロビマブ	ゼビュディ
トシリズマブ	アクテムラ
ニルマトレルビル・リトナビル	パキロビッドパック
バリシチニブ	オルミエント
モルヌピラビル	ラゲブリオ
レムデシビル	ベクルリー

(2) 請求手続きに係る必要書類

新型コロナウイルス感染症と診断されたことの証明と重症化リスクが高い方であることの証明をもって、「みなし入院」による入院給付金・保険金等をお支払いいたします。具体的な必要書類は以下のとおりです。

- ・「My HER-SYS」をご利用される場合

「My HER-SYS療養証明（画面）」

- ・「My HER-SYS」をご利用されない場合（①と②）

①新型コロナウイルス感染症の診断年月日がわかるもの

②重症化リスクが高い方であることがわかるもの

入院を要する方	医療機関で発行された「領収書」など
重症化リスクがあり、新型コロナウイルス治療薬の投与または新たに酸素投与が必要と、医師が判断する方	医療機関で発行される「診療明細書」など
妊婦の方	母子手帳など

(※) 65歳以上の方は、②の書類は不要です

2. お支払対象日数の変更

療養期間の短縮については、9月7日から実施されています。ただし、当社の「みなし入院」の入院給付金・保険金等の支払対象日数は、上記1. お支払いする対象者の変更とあわせ、9月26日以降に変更いたします。

	新型コロナウイルス感染症の 診断年月日が9/25以前	新型コロナウイルス感染症の 診断年月日が9/26以降
4類型に非該当	10日分(※)	<u>X</u> <u>(みなし入院に非該当)</u>
4類型に該当 (重症化リスク高)	10日分(※)	<u>7日分(※)</u>

(※) 保険商品によっては、免責期間等により日数を控除することがあります。

3. 現在のお手続き状況について

新型コロナウイルス感染症の拡大により、現在、保険金・給付金等のご請求が大幅に増加しております。

ご請求に対応する要員を増やすなど迅速なお支払いに努めておりますが、保険金・給付金等のお手続きに通常よりお時間をいただく状況となっております。

大変ご不便をお掛けし誠に申し訳ございませんが、ご理解のほどよろしくお願い申し上げます。

お問い合わせ先

明治安田生命保険相互会社 中部公法人部 法人営業第二部

担当 黒川・横井

(TEL) 052-951-9102