

【総合医療保険（団体型）】 —新型コロナウイルス感染症— 宿泊・自宅療養による入院給付金のご請求をされるお客様へ

新型コロナウイルス感染症に罹患され、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は、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。

必ずご確認ください

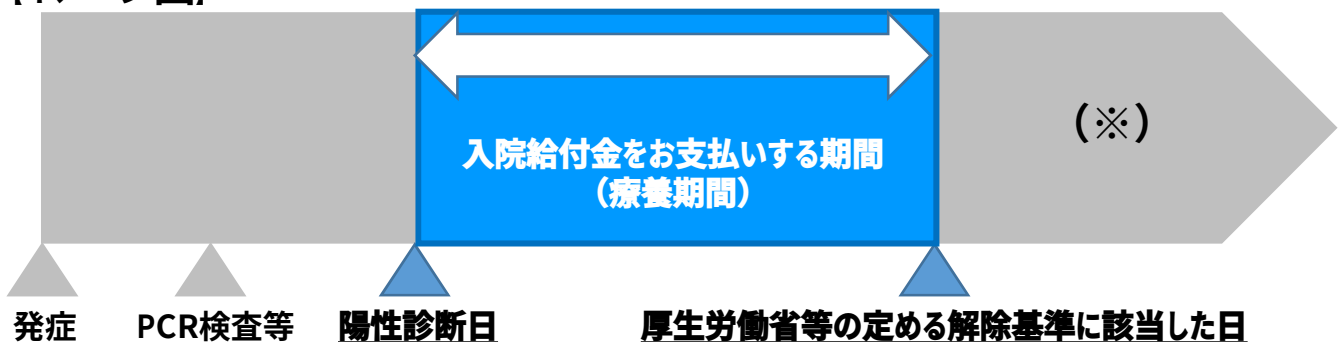
- ⚠️ **ご請求は療養解除後に実施してください。解除日以前のご請求ではお支払い可否の判断ができません。**
- ⚠️ **お客様自ら抗原検査キット等で検査し、陽性だったことを示す検査結果のみではご請求いただくことはできません。**
- ⚠️ **濃厚接触者として自宅等で待機した場合や、休業要請により自宅等で待機した場合等は、お支払いの対象となりません。**
- ⚠️ **2022年4月時点での取扱いに基づき作成しており、今後法令の改正等により変更する可能性があります。**

①入院給付金をお支払いする期間

入院給付金のお支払いの対象となる期間は、原則**PCR検査等で陽性と診断された日※から厚生労働省等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**となります。

※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。

【イメージ図】



※厚生労働省等の定める解除基準に該当した日の翌日以降につきましては、入院給付金のお支払い対象外となります。

②当社への給付金請求時の必要書類

- **療養期間により必要書類が異なります。以下、必要書類をご確認のうえ、請求くださいますようお願いいたします。**

■ 宿泊療養・自宅療養の期間が「**11日以内**」の場合

↓ 必要書類のチェックシートとしてご活用ください。

ご提出いただく書類		注意事項
	給付金請求書	・請求人ご本人がご記入ください。 ・ただし、ご家族同意欄は配偶者・こども（請求時点で18歳以上の場合）が自署してください。
	治療内容報告書	・請求人ご本人がご記入ください。 ・入院期間欄については、療養期間（＊）をご記入ください。 ・病院または診療所名については、「自宅」や「宿泊施設」をご記入ください。 ・医師名の記入欄がありますが、不明な場合は空欄でも結構です。
	保健所等が発行する証明書	・「新型コロナウイルス感染症に罹患したこと」がわかる書類をご提出ください（コピーでも可）。 <例> 就業制限通知、宿泊・自宅療養証明書、入院勧告書、MY HER・SYSの診断年月日が記載された画面印刷 等

■ 宿泊療養・自宅療養の期間が「**12日以上**」の場合

↓ 必要書類のチェックシートとしてご活用ください。

ご提出いただく書類		注意事項
	給付金請求書	・請求人ご本人がご記入ください。 ・ただし、ご家族同意欄は配偶者・こども（請求時点で18歳以上の場合）が自署してください。
	治療内容報告書	・請求人ご本人がご記入ください。 ・入院期間欄については、療養期間（＊）をご記入ください。 ・病院または診療所名については、「自宅」や「宿泊施設」をご記入ください。 ・医師名の記入欄がありますが、不明な場合は空欄でも結構です。
	保健所等が発行する証明書	・「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」（＊）がわかる書類をご提出ください（コピーでも可）。 <例> 就業制限（・解除）通知、宿泊・自宅療養証明書、入院勧告書 等 ※「MY HER・SYSの診断年月日が記載された画面印刷」はお取り扱いできません。