

「新型コロナウイルス感染症」にかかわる給付金・保険金のご請求について

お客さま各位

新型コロナウイルス感染症に罹患された皆さま、および影響を受けられた皆さまに心よりお見舞い申し上げます。
入院、宿泊・自宅療養による入院給付金・入院保険金（以下、「入院給付金等」）のご請求についてご案内いたします。

1. 入院給付金等のお支払いについて

新型コロナウイルス感染症による入院給付金等のお支払対象となるお客さまは、**陽性判定日（診断日）**により、以下のとおりとなります。なお、ご自身で実施された市販の簡易検査キットの検査結果等は、「陽性判定された」「診断された」ことには含みません。

陽性判定日 (診断日)	医療機関へ 入院された場合 (約款における取扱い)	「宿泊・自宅療養」された場合 (特別な取扱い「みなし入院」) (※)
2022年9月25日まで	○ お支払対象	○ お支払対象
2022年9月26日から 2023年5月7日まで	○ お支払対象	新型コロナウイルス感染症に罹患されたお客さまのうち、 <u>以下「重症化リスク」の高い方がお支払対象となります。</u> ① 65歳以上の方 ② 入院を要する方（医師に入院が必要と診断された方） ③ 重症化リスクがあると医師が判断し、かつ、新型コロナ 治療薬の処方または酸素投与をされた方 ④ 妊娠中の方
2023年5月8日以降	○ お支払対象	× お支払対象外

(※) 「特別な取扱い」によるお支払いは、当時（2023年5月7日以前）の日本国内の感染症法に基づいた特例措置のため、海外で医療機関以外の施設や自宅等で療養を行った場合は、お支払対象外となります（海外の医療機関に入院した場合は、お支払対象です）。

2. ご請求のお手続きについて

ご請求時の必要書類は、新型コロナウイルス感染症の陽性判定日（診断日）により、以下のとおりとなります。

陽性判定日 (診断日)	医療機関へ入院された場合	「宿泊・自宅療養」された場合
2022年9月25日まで	必要書類<パターン1>をご確認ください	
2022年9月26日から 2023年5月7日まで	必要書類<パターン2> をご確認ください	「重症化リスク」の高い方 必要書類<パターン2> をご確認ください
		上記以外の方 × お支払対象外
2023年5月8日以降	必要書類<パターン3> をご確認ください	× お支払対象外

必要書類<パターン1>

陽性判定日（診断日）が2022年9月25日までの方

「新型コロナウイルス感染症」にかかわる給付金・保険金のご請求について

給付金・保険金のご請求に必要な書類を、下記のとおりご案内いたします。

<ご請求に必要な書類>

【ご請求者様が未成年の場合】

ご請求者様が未成年の場合は、下記の書類と併せて、請求者と親権者（または後見人）の続柄が確認できる「住民票」をご提出ください。

請求者と親権者（または後見人）の姓および住所が同一の場合は、両者のマイナンバーカード（表面のみ）のコピーの提出でも可です。両者の各種健康保険の資格確認書のコピーでも代用いただけます。

【ご契約が夫婦型、親子型、家族型の場合】

療養された方が、主たる被保険者の配偶者もしくは子の場合、下記書類と併せて、主たる被保険者との続柄が確認できる「住民票」をご提出ください。

両者の住所が同一の場合は、両者のマイナンバーカード（表面のみ）のコピーのご提出でも可です。

両者の各種健康保険の資格確認書のコピーでも代用いただけます。

* 住民票の場合、発行後6か月以内のもので、マイナンバーの記載がないものをご提出ください。（コピーの提出でも可）

○・・・必要な書類 -・・・不要

必要書類 入院・療養期間 ※1	給付金・保険金 請求書兼医療 照会同意書	新型コロナ ウイルス感染症 専用状況報告書	感染の事実が わかる書類 (裏面の具体例を ご確認ください)	感染の事実 および 療養期間が わかる書類 ※2	領収証コピー 退院証明書コピー 診療明細書コピー	診療明細書 コピー (手術給付金や 集中治療給付金の 請求がある場合)
① 医療機関に 入院した場合 <期間にかかわらず>	○	○	-	-	○ いずれか	○
② 宿泊・自宅療養 した場合 【14日以内】	○	○	○	-	-	-
③ 宿泊・自宅療養 した場合 【15日以上】	○	-	-	○	-	-

※1：療養期間とは、医師等により臨時施設や自宅での療養を指示された期間です。

療養期間の開始日は、陽性判定日（診断日）または、医師や保健所等の公的機関により療養開始を指示された日です。

※2：既に医療機関または保健所が発行した証明書、自治体などの公的機関発行の書類 など。

■ 医療機関への入院と宿泊・自宅療養の両方がある場合

- ・上表①～③のとおり、それぞれの請求に必要な書類をご提出ください。
- ・「給付金・保険金請求書兼医療照会同意書」と「新型コロナウイルス感染症専用状況報告書」は、1枚で結構です。
- ・宿泊・自宅療養期間（「14日以内」または「15日以上」）は、入院期間を除いて数えてください。

■ 「自主療養」制度の場合（神奈川県、兵庫県のみ）

「自主療養」制度：神奈川県および兵庫県で実施されている、重症化リスクの低い方で抗原定性検査キット等により陽性が判明した方を対象に、県独自のシステムを活用して、医療機関を受診せずに療養を行う制度。

療養期間	療養期間にかかわらず以下の必要書類でご請求できます
必要書類	<ul style="list-style-type: none"> ● 給付金・保険金請求書兼医療照会同意書 ● 神奈川県が発行する「療養証明書（自主療養専用）」 または、兵庫県が発行する「自主療養証明」 ※ 神奈川県の場合、「自主療養届出システム」への登録で自動発行される「自主療養届」は、使用できません。

<感染の事実がわかる書類の具体例>

■ 医療機関以外の施設や自宅等で療養の場合（いずれもコピーの提出で可）

- **My HER-SYS（マイハーシス）内の「療養証明書」画面を印刷したもの**
（My HER-SYSとは、厚生労働省が開発した新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システムです。詳細は保健所や自治体のホームページ等をご確認ください。）
- **医療機関発行の「検査報告書」など 検査結果が記載された書類・公的機関発行の通知書**
（療養通知書など 自治体によって名称は異なります）
- **診療明細書**
（医学管理料に「二類感染症患者入院診療加算」（外来診療・診療報酬上臨時的取扱を含む）または「救急医療管理加算 1」（COV・外来診療）が記載されたもの）
- **PCR検査や抗原検査を実施する検査センター（医療機関以外でも可）の検査結果**（市販の検査キットは除く）



など

My HER-SYS の
「療養証明書」画面
(イメージ図)

「みなし陽性」の場合、医療機関発行の証明書（医師が新型コロナウイルス感染症と診断したことが記載されているもの）をご提出ください。

みなし陽性：患者本人が提示する抗原定性検査キット等による自主検査結果、または、感染者の濃厚接触者に症状が出ていることをもって、医師が感染者と診断すること。

※医療機関や保健所が発行する「療養証明書」の取扱いについて

既に「療養証明書」をお持ちの場合は、その「療養証明書」でご請求いただけます。

医療機関や保健所の業務ひっ迫を避けるため、極力、医療機関や保健所が発行する「療養証明書」以外の書類のご提出にご協力ください。

以上

必要書類<パターン2>

陽性判定日（診断日）が

2022年9月26日から2023年5月7日までの方

「新型コロナウイルス感染症」にかかわる給付金・保険金のご請求について

給付金・保険金のご請求に必要な書類を、下記のとおりご案内いたします。

<ご請求に必要な書類>

【ご請求者様が未成年の場合】

ご請求者様が未成年の場合は、下記の書類と併せて、請求者と親権者（または後見人）の続柄が確認できる「住民票」をご提出ください。

請求者と親権者（または後見人）の姓および住所が同一の場合は、両者のマイナンバーカード（表面のみ）のコピーの提出でも可です。両者の各種健康保険の資格確認書のコピーでも代用いただけます。

【ご契約が夫婦型、親子型、家族型の場合】

療養された方が、主たる被保険者の配偶者もしくは子の場合、下記書類と併せて、主たる被保険者との続柄が確認できる「住民票」をご提出ください。

両者の住所が同一の場合は、両者のマイナンバーカード（表面のみ）のコピーのご提出でも可です。

両者の各種健康保険の資格確認書のコピーでも代用いただけます。

* 住民票の場合、発行後6か月以内のもので、マイナンバーの記載がないものをご提出ください。（コピーの提出でも可）

○・・・必要な書類 -・・・不要

入院・療養期間 ※1	必要書類	給付金・保険金 請求書兼 医療照会同意書	新型コロナウイルス感染症 専用状況 報告書	感染の事実が わかる書類 (裏面の具体例を ご確認ください)	感染の事実 および 療養期間が わかる書類 ※2	重症化リスクの わかる書類 (裏面の具体例を ご確認ください)	領収証、 退院証明書、 診療明細書 コピー可 ※4
① 医療機関に入院した場合 <期間にかかわらず>		○	○	-	-	-	○ いずれか
② 宿泊・自宅 療養した場合 【14日以内】 ※3	My HER-SYS の利用あり	○	○	My HER-SYS 療養証明書 画面	-	-	-
	My HER-SYS の利用なし	○	○	○	-	○	-
③ 宿泊・自宅療養した場合 【15日以上】		○	○	-	○	○	-

※1：療養期間とは、医師等により臨時施設や自宅での療養を指示された期間です。

療養期間の開始日は、陽性判定日（診断日）または、医師や保健所等の公的機関により療養開始を指示された日です。

※2：既に医療機関または保健所が発行した証明書、自治体などの公的機関発行の書類 など。

※3：My HER-SYS（マイハーシス）のご利用がある方は、My HER-SYS 内の「療養証明書」画面を印刷したものを
ご提出いただければ、「重症化リスクのわかる書類」のご提出は不要です。

※4：手術給付金や集中治療給付金の請求がある場合は、診療明細書コピーをご提出ください。

■ 医療機関への入院と宿泊・自宅療養の両方がある場合

- ・上表①～③のとおり、それぞれの請求に必要な書類をご提出ください。
- ・「給付金・保険金請求書兼医療照会同意書」と「新型コロナウイルス感染症専用状況報告書」は、1枚で結構です。
- ・宿泊・自宅療養期間（「14日以内」または「15日以上」）は、入院期間を除いて数えてください。

【裏面につづく】

<感染の事実がわかる書類の具体例>

■ 医療機関以外の施設や自宅等で療養の場合（いずれもコピーの提出で可）

- **My HER-SYS（マイハーシス）内の「療養証明書」画面を印刷したもの**
（My HER-SYSとは、厚生労働省が開発した新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システムです。詳細は保健所や自治体のホームページ等をご確認ください。）
- **医療機関発行の「検査報告書」など 検査結果が記載された書類・公的機関発行の通知書**
（療養通知書など 自治体によって名称は異なります）
- **診療明細書**
（医学管理料に「二類感染症患者入院診療加算」（外来診療・診療報酬上臨時的取扱を含む）または「救急医療管理加算 1」（COV・外来診療）が記載されたもの）
- **PCR検査や抗原検査を実施する検査センター（医療機関以外でも可）の検査結果**（市販の検査キットは除く）



など

My HER-SYSの「療養証明書」画面（イメージ図）

「みなし陽性」の場合、医療機関発行の証明書（医師が新型コロナウイルス感染症と診断したことが記載されているもの）をご提出ください。

みなし陽性：患者本人が提示する抗原定性検査キット等による自主検査結果、または、感染者の濃厚接触者に症状が出ていることをもって、医師が感染者と診断すること。

※医療機関や保健所が発行する「療養証明書」の取扱いについて

既に「療養証明書」をお持ちの場合は、その「療養証明書」でご請求いただけます。

医療機関や保健所の業務ひっ迫を避けるため、極力、医療機関や保健所が発行する「療養証明書」以外の書類のご提出にご協力ください。

<重症化リスクのわかる書類の具体例>

■ <感染の事実がわかる書類>とあわせて、以下の書類をご提出ください。（いずれもコピーの提出で可）

※My HER-SYS（マイハーシス）の療養証明画面をご提出の方は不要です。

- ① **65歳以上の方**
追加の書類は不要です。
- ② **入院を要する方**
入院領収証、入院診療明細書、退院証明書 など
- ③ **重症化リスクがあると医師が判断し、かつ、新型コロナ治療薬の処方または酸素投与をされた方**
・新型コロナ治療薬（※）が記載された処方箋・薬の袋・服用薬剤説明書（投薬の場合）、診療明細書（点滴の場合） など
・「酸素吸入」または「在宅酸素療法指導管理料」の算定記載がある診療明細書（酸素投与の場合） など
- ④ **妊娠中の方**
母子手帳（氏名および妊娠の経過が確認できるページ）など、妊娠中と確認できる書類

（※）新型コロナ治療薬の範囲は以下のとおりです。

なお、エンシトレルビルフルマル酸（ゾコーバ）や解熱・鎮痛薬（カロナール・ロキソニン等）、市販の風邪薬は、対象となる新型コロナ治療薬には含まれません（2022年12月現在）。

一般名	商品名	一般名	商品名
カシリビマブ／イムデビマブ	ロナプリーブ	ニルマトレルビル／リトナビル	パキロビッドパック
ステロイド薬	デカドロン など	バリシチニブ	オルミエント
ソトロビマブ	ゼビュティ	モルヌピラビル	ラゲブリオ
トシリズマブ	アクトテムラ	レムデシビル	ベクルリー

必要書類<パターン3>

陽性判定日（診断日）が2023年5月8日以降の方

「新型コロナウイルス感染症」にかかわる給付金・保険金のご請求について

給付金・保険金のご請求に必要な書類を、下記のとおりご案内いたします。

<ご請求に必要な書類>

【ご請求者様が未成年の場合】

ご請求者様が未成年の場合は、下記の書類と併せて、請求者と親権者（または後見人）の続柄が確認できる「住民票」をご提出ください。

請求者と親権者（または後見人）の姓および住所が同一の場合は、両者のマイナンバーカード（表面のみ）のコピーの提出でも可です。両者の各種健康保険の資格確認書のコピーでも代用いただけます。

【ご契約が夫婦型、親子型、家族型の場合】

療養された方が、主たる被保険者の配偶者もしくは子の場合、下記書類と併せて、主たる被保険者との続柄が確認できる「住民票」をご提出ください。

両者の住所が同一の場合は、両者のマイナンバーカード（表面のみ）のコピーのご提出でも可です。

両者の各種健康保険の資格確認書のコピーでも代用いただけます。

* 住民票の場合、発行後6か月以内のもので、マイナンバーの記載がないものをご提出ください。（コピーの提出でも可）

<はじめにご確認ください>

- ご請求方法には<領収証・診療明細書等での手続き>と<診断書での手続き>の2種類があります。以下の条件にすべて当てはまる場合は、<領収証・診療明細書等での手続き>がご利用いただけます。ひとつでも当てはまらない方は<診断書での手続き>となります。

<領収証・診療明細書等での手続き>のご利用条件

- 退院後の請求である
- 入院日数が30日以内である
(ご契約の責任開始期(復活日)から2年以内の入院の場合は10日以内)
- 1回の入院中に受けた手術が1回のみ、もしくは手術を受けていない

○・・・必要な書類 -・・・不要

必要書類		給付金・保険金 請求書兼医療 照会同意書	入院・手術等 証明書 (診断書) ※1	新型コロナウイ ルス感染症 専用状況 報告書	領収証 コピー	診療明細書 コピー ※2	傷病名や身体部位 を確認できる 医療機関発行の 書類コピー ※3
① 医療機関に 入院した 場合	領収証・診療 明細書等 での手続き	○	-	○	○	○	○
	診断書 での手続き	○	○	○	-	-	-
② 宿泊・自宅療養した場合		宿泊施設・自宅等での療養期間をご請求対象外となります					

※1：診断書の取得費用はお客さまのご負担となります

(すでに他の保険会社や病院所定の診断書を取り寄せいただいている場合は、そのコピーでも可)。

※2：手術給付金や集中治療給付金の請求がある場合は、診療明細書コピーをご提出ください。

※3：特定部位や特定疾病を不支払(不担保)とする特別条件が付いている契約で不支払(不担保)期間中の場合は、退院証明書や入院計画書など、傷病名や身体部位を確認できる医療機関発行の書類コピーをご提出ください。

以上

<個人情報取扱いについて>

保険契約の申込書、告知書その他の各種手続書面のご記入にあたりましては、個人情報の取扱いに関する以下の説明をご確認いただき、内容にご同意のうえ、お手続きくださいますようお願い申し上げます。

1. 当社が取得した個人情報は、次の目的のために業務上必要な範囲で利用します。
 - ・ 保険契約のお引受け、維持・管理、継続、保険金・給付金等のお支払い
 - ・ 当社の業務運営・管理、商品・サービスの開発・充実
 - ・ その他保険に関連・付随する業務また、当社および当社グループ会社は、本保険契約に関する個人情報を、本保険契約以外の保険契約のお引受け、履行のために利用することがあります。
2. 当社は、個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、個人情報の取扱いを、当社グループ会社、募集代理店、医師、契約確認会社、情報処理システムの開発・運用を委託する会社など外部委託先である他の事業者等（以下、「委託先」といいます。）に委託しております。
3. 当社は、生命保険事業の健全性維持や公平性確保など業務を適切に運営する必要性から、業務上必要な範囲で医療・健康情報等の機微（センシティブ）情報を取得、利用するほか、医療機関・契約者等の第三者ならびに委託先に提供することがあります。
 - ※ 医療・健康情報等の機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。
4. 当社は、引受リスクの適切な分散のための再保険契約の締結ならびに再保険会社における当該保険契約のお引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等支払いその他再保険に関連・付随する業務に関する利用のために、ご契約者・被保険者氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する情報、および健康状態に関する情報など当該業務遂行に必要な個人情報を再保険会社に提供することがあります。
5. 当社は、契約内容登録制度、契約内容照会制度、支払査定時照会制度に基づいて、一般社団法人生命保険協会、同協会加盟の各生命保険会社等とともに、保険契約等に関する所定の情報（詳細は三井住友海上あいおい生命ホームページ(<https://www.msa-life.co.jp>)をご確認ください。)を同協会に登録し、利用することがあります。
6. 当社および当社グループ会社は、商品・サービスのご案内・ご提供、および提携先・委託先等の商品・サービスのご案内のために、個人情報を共同して利用することがあります。

当社の個人情報の取扱いに関する詳細（グループ会社との間の個人情報の共同利用の内容を含みます。）、商品・サービスや当社グループ会社の名称、商品・サービスおよび他の生命保険会社等との情報交換制度につきましては、当社ホームページ（<https://www.msa-life.co.jp>）をご覧ください。

<支払査定時照会制度のご案内>

当社は、一般社団法人生命保険協会、一般社団法人生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および、日本コープ共済生活協同組合連合会とともに、お支払等の判断の参考とすることを目的として、「支払査定時照会制度」に基づき、当社を含む各生命保険会社等の保有する保険契約等に関する以下①から③までを共同して利用しております。

- ①被保険者の氏名、生年月日、性別、住所
- ②保険事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる保険事故（照会を受けた日から5年以内）
- ③保険種類、契約日、復活日、消滅日、保険契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金等受取人の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金額、給付金日額、各特約内容、保険料および払込方法等

詳しくは、一般社団法人生命保険協会または当社ホームページ（<https://www.msa-life.co.jp>）もしくは一般社団法人生命保険協会のパンフレットをご覧ください。

「手続き状況お知らせメッセージ」のご案内

「手続き状況お知らせメッセージ」とは、請求書類到着からお支払いまで、お手続きの状況をお客さまの携帯電話へショートメッセージ（以下「SMS」）でお知らせするサービスです（SMSの受信は無料です）。



お送りいただいた書類が到着しましたのでお知らせします。

ご請求のお手続きが完了しましたので、ご案内をお送りいたします。



0120-321-633

今日 10:00

三井住友海上あいおい生命です。
お送りいただいた書類が到着しましたのでお知らせいたします。手続き完了までしばらくお待ちください。

本サービスの利用をご希望の方は、下記＜手続き状況お知らせメッセージご利用の同意事項＞をご確認・同意のうえ、請求書の所定の欄に、携帯電話番号をご記入ください。

【ご注意】

本サービスをご利用いただける契約は、三井住友海上あいおい生命でご加入の証券番号が「2」「3」「7」ではじまる11桁の数字のご契約です。

* 以下のご契約は ご利用対象外 となります。

- ・証券番号が「イ」「ウ」「オ」ではじまるご契約
- ・三井住友海上・あいおいニッセイ同和損保から契約移行されたご契約（証券番号が9～10桁のもの）

＜手続き状況お知らせメッセージご利用の同意事項＞

- ① 本サービスのご利用を希望される場合、請求書の所定の欄に携帯電話番号をご記入ください。
- ② ご記入いただいた携帯電話番号は、今回のご請求に限り、利用します。
- ③ SMSは、「0120-321-633」から通知します。当番号は送信専用のため、返信はできません。ソフトバンクをご利用のお客さまへは、ソフトバンク送信専用番号で通知します。
- ④ 以下のタイミングでメッセージを通知します。

- ・請求書類が三井住友海上あいおい生命本社に到着したとき
 - ≫ **三井住友海上あいおい生命です。**
お送りいただいた書類が到着しましたのでお知らせいたします。
手続き完了までしばらくお待ちください。
- ・お支払手続きが完了したとき（お支払のない手続きは除きます）
 - ≫ **三井住友海上あいおい生命です。**
ご請求のお手続きが完了しましたので、ご案内をお送りいたします。
お届けまでしばらくお待ちください。
- ・必要書類に不備があるとき（書類の記入漏れ、未提出の書類がある場合など）
 - ≫ **三井住友海上あいおい生命です。**
書類に不備がありますので、書面で別途ご案内いたします。
お届けまでしばらくお待ちください。

※同一の電話番号に対して同じメッセージを送信する場合、SMSをまとめて送信する場合があります。

- ⑤ 以下の場合、本サービスをご利用いただけません。また、ご利用いただけない旨の通知は行いません。
 - ・請求書の提出がない場合
 - ・ご記入いただいた携帯電話番号に誤りがあった場合
 - ・ご記入いただいた携帯電話番号の数字が判別できなかった場合
 - ・ご記入いただいた携帯電話番号がSMS非対応であった場合
- ⑥ 請求内容によっては、SMSを通知しない場合があります。また、当社所定の返信用封筒もしくは封筒貼付用あて先シートを利用する以外の方法で請求書類をご提出いただいた場合、SMSの通知を行いません。
- ⑦ 誤送信防止のため、ご記入いただいた数字の判別ができない場合は、SMSの通知を行いません。携帯電話番号は丁寧に記入ください。
- ⑧ SMSの通知内容には、お客さまの個人情報を一切含みません。また、SMSを通じてお客さまの個人情報をお伺いすることはありません。
- ⑨ お客さまの携帯電話の電波状況・加入状況・キャリアによっては、SMSの受信が遅れる場合や、受信ができない場合があります。
- ⑩ 当社は、本サービスの利用・運用の中止、延期、終了などにより発生する一切の責任を負いません。
- ⑪ お客さまが受取人ご本人さま以外の携帯電話番号や誤った携帯電話番号を記入した場合、お客さまや第三者に発生した損害について、当社は一切の責任を負いません。携帯電話番号は、正しくご記入ください。

「給付金請求書兼医療照会同意書」記入例



- かならずご請求者さまご自身でご記入・ご署名・ご捺印ください。
- ご記入にあたっては、かならず黒または青のペンをご使用ください。
- ご記入内容を訂正される場合には、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印（請求印と同一）をご捺印ください。
- 修正液や“消せるタイプのペン”は使用しないでください。

1 請求日

給付金請求書を記入した日をご記入ください。

2 証券番号

該当の証券番号をご記入ください。最大3口までご記入いただけます。

3 被保険者

保険証券に記載の被保険者名をご記入ください。

4 請求者住所

ご請求者さまの住所をご記入ください。明細書を送付いたします。

5 日中連絡先

日中ご連絡のつく携帯電話等のご連絡先をご記入ください。

6 手続き状況お知らせメッセージ希望欄

手続き状況のお知らせメッセージ(ショートメッセージ)の通知を希望される場合は、「手続き状況お知らせメッセージご利用の同意事項」を確認・同意のうえ、ご請求者さまの携帯電話番号をご記入ください。

※一部対象外のご契約があります。

※法人でご利用の場合、代表者または担当者の方の携帯電話番号をご記入ください。

7 届出住所の変更

ご契約のお届出住所をご記入の住所に変更する場合は、押印ください。

※ご請求者さまが契約者の場合のみ住所変更できます。

※ご契約者さまが法人の場合は、こちらの請求書では住所変更できません。

8 請求者

・ご請求者さまが個人の場合は、かならず請求者ご本人さまがご署名・ご捺印ください。

・生年月日・性別をご記入ください。

・ご請求者さまが法人の場合は、法人名および代表者の役職名と氏名をご記入(ゴム印可)・ご捺印ください。生年月日・性別のご記入は不要です。

給付金請求書兼医療照会同意書

三井住友海上あいおい生命保険株式会社 御中
別紙記載の「個人情報取扱について」の内容に同意のうえ、貴社の保険約款にしたがって給付金を請求します。なお、下記被保険者と請求者が異なる場合、個人情報の取扱いについて被保険者の同意を得て請求しています。

請求日 XXXX年 X月 X日
貴社もしくは貴社で委託した確認会社の担当者が事故状況・受療状況について確認し、または診断書の内容について、医療機関等に照会しても異議ありません。

証券番号 70001234567

フリガナ セイホ タロウ
被保険者(傷病を負われた方) 生保 太郎 様
ご請求者様が契約者の場合のみ
ご契約上の届出住所を下記住所に変更される場合、ご捺印ください。
届出住所を変更します

請求者(自署) 千7070723 番(03) 1234-5678
※「手続き状況お知らせメッセージ」(ショートメッセージ)の通知を希望される場合は、別紙「手続き状況お知らせメッセージご利用の同意事項」を確認・同意のうえ、所定の欄へ請求者様の携帯電話番号をご記入ください。(本サービスの対象契約は、契約種別が「2」「3」「7」ではじまる数字11桁のご契約です。)

手続き状況お知らせメッセージを希望する
請求者様の携帯電話番号をご記入ください。
090-1234-5678

東京 中央区 新川 OT目0-0

フリガナ セイホ タロウ
請求者(自署) 生保 太郎 様
生年月日 XXXX年 7月 7日 性別 男・女
※請求者が未成年のとき、ご署名・ご捺印ください。

親権者(自署) 後見人(自署) 様() 印
※請求者さまが未成年のとき、ご署名・ご捺印ください。

給付金の振込口座をご指定ください。[請求者様名義の口座をご指定ください。請求者様名義の口座がない場合は、配偶者様、ご両親様またはお子様の口座をご指定ください。]

振込口座
フリガナ 〇〇ギンコウ XXシテン
銀行 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇
金融機関コード 支店コード 1234567
ゆうちょ銀行 口座振込 9900 1 0 通帳番号
フリガナ セイホ タロウ
請求者(自署) 生保 太郎 様
ご請求者との続柄(いづれか〇をしてください)
本人・配偶者・親・子

※ゆうちょ銀行へのお振込は、最終お支払金額が1,300万円までの場合に限りです。
室料差額給付金のご請求の有無をご記入ください。
「室料差額」とは、公的医療保険制度に基づく選定療養のうち、厚生労働大臣が定める特別療養環境の提供にあたる施設または診療所の承認を得て使用された場合のベッドまたは個室の使用料をいいます。

<会社使用欄> 代理店名 本店受付日

9 親権者・後見人

ご請求者さまが未成年の場合は、親権者または後見人さまがご署名・ご捺印ください

請求者欄には、未成年者の氏名を親権者または後見人さまがご記入ください。

10 振込口座の指定

・給付金等の振込口座をご記入ください。
・口座種目や口座名義人等のご記入もれのないようお願いいたします。
・ゆうちょ銀行の場合、通帳番号は前7ケタをご記入ください。

※ご請求者さまが法人の場合は、かならず法人名義の口座をご記入ください。

11 室料差額有無

・室料差額給付特約 α
・一時払室料差額給付特約 α
・ガン室料差額給付特約 α
上記を付加されている場合、室料差額のあり、なしを○で囲んでください。
特約を付加されていない場合は記入不要です。

「新型コロナウイルス感染症専用状況報告書」記入例

【ご注意】

- 必ずご請求者様ご自身でご記入・ご署名・ご捺印ください。
- ご記入にあたっては、必ず黒または青のボールペンをご使用ください。
- ご記入内容を訂正される場合には、訂正箇所を二重線で抹消し、請求印を訂正印としてご捺印ください。
- 修正液や“消せるタイプのボールペン”は使用しないでください。

必ず請求者様ご本人
がご署名・ご捺印く
ださい。

請求者様が法人の場
合は、法人名および
代表者の役職名と氏
名、法人のご登録印
の押印が必要です。
法人名および代表者
役職名はゴム印でも
構いません。

陽性判定日(診断日)
が**2022年9月26日**
から**2023年5月7日**
までの方は、<該当
条件>に当てはまる
ものにチェックを入れ
てください。(複数可)

<医療機関へ入院した
場合>
今回ご請求いただく、
医療機関への入院に
ついて、
入院日、退院日をご
記入ください。
【該当ある場合のみ記入】

新型コロナウイルス感
染症と診断された医療
機関名・公的機関名を
ご記入ください。

<医療機関以外の施設(ホテル等含む)で療養された場合>
今回のご病気で療養された期間をご記入ください。
また、療養場所について当てはまるものにチェックを入れてください。
【該当ある場合のみ記入】

※療養期間がご不明な場合は、お住まいの地域の公的機関ホームページ等で、
療養必要期間をご確認ください。

新型コロナウイルス感染症専用状況報告書

ご請求者様ご記入用

<ご記入上の注意>

- 必ずご請求者ご自身がご記入ください。
- 下記の記載された内容と異なる事実が判明した場合には、給付金をお支払いできないこともございますのでご注意ください。
- 当社が必要とした場合には「入院・手術等証明書(診断書)」やその他医療機関及び公的機関等が発行した書類のご提出をお願いすることがございますので、あらかじめご了承願います。

三井住友海上あいおい生命保険株式会社 御中

下記の記載事項は事実と相違ありません。また、貴社が必要と判断する場合、この報告書の内容について医療機関・公的機関等に照会することを了承します。

請求者(受取人)

生保 太郎



1. 新型コロナウイルス感染症の「陽性判定日(診断日)」をご記入ください。

陽性判定日(診断日)	2023 年 1 月 1 日
2022年9月25日 までの方	「2. 状況報告」欄をご記入ください。
2022年9月26日 から 2023年5月7日 までの方	<該当条件>の当てはまるものに☑をつけ、「2. 状況報告」欄をご記入ください ※<該当条件>のいずれにも該当しない場合は、ご請求対象外となります。
2023年5月8日 以降の方	<input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上の方
	<input type="checkbox"/> 入院が必要な方(医師に入院が必要と診断された方)
	<input type="checkbox"/> 新型コロナ治療薬(※1)または酸素投与が必要と医師に診断された方
	<input type="checkbox"/> 妊娠中の方
	「2. 状況報告」欄をご記入ください。 ※宿泊施設・自宅等での療養期間はご請求対象外のため記入不要です。

2. 状況報告

フリガナ	セイホ タロウ	性別	生年月日(年齢)
被保険者	生保 太郎 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	19××年3月1日 (××歳)
宿泊施設・自宅等 での療養期間(※2)	2023年1月1日 ~ 2023年1月5日	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 施設療養	
医療機関への 入院期間	入院日 2023年1月6日 ~ 退院日 2023年1月8日		
医療機関・公的機関 の名称(※3)	〇〇〇〇病院		

(※1)「新型コロナ治療薬」の詳細につきましては、別紙「必要書類<パターン2>「新型コロナウイルス感染症」にか
かわる給付金・保険金のご請求について」をご参照ください。

(※2)・医師や保健所等の公的機関により臨時施設での療養や自宅療養を指示された期間をご記入ください。

療養期間の開始日は、陽性判定日(診断日)または、医師や保健所等の公的機関により療養開始を指示された日

ホームページ等で、療養必要期間をご確認ください。
保健所等の公的機関名をご記入ください。

三井住友海上あいおい生命
2023.05

<ご記入上の注意>

- 必ずご請求者ご自身がご記入ください。
- 下記の記載された内容と異なる事実が判明した場合には、給付金をお支払いできないこととなりますのでご注意ください。
- 当社が必要とした場合には「入院・手術等証明書(診断書)」やその他医療機関及び公的機関等が発行した書類のご提出をお願いすることがございますので、あらかじめご了承願います。

三井住友海上あいおい生命保険株式会社 御中

下記の記載事項は事実に相違ありません。また、貴社が必要と判断する場合、この報告書の内容について医療機関・公的機関等に照会することを了承します。

請求者(受取人)

様



1. 新型コロナウイルス感染症の「陽性判定日(診断日)」をご記入ください。

陽性判定日(診断日)	年	月	日
2022年9月25日 までの方	「2. 状況報告」欄をご記入ください。		
2022年9月26日 から 2023年5月7日 までの方	<該当条件>の当てはまるものに☑をつけ、「2. 状況報告」欄をご記入ください ※<該当条件>のいずれにも該当しない場合は、ご請求対象外となります。		
	<該当条件>	<input type="checkbox"/> 65歳以上の方	
		<input type="checkbox"/> 入院が必要な方(医師に入院が必要と診断された方)	
		<input type="checkbox"/> 新型コロナ治療薬(※1)または酸素投与が必要と医師に診断された方	
<input type="checkbox"/> 妊娠中の方			
2023年5月8日 以降の方	「2. 状況報告」欄をご記入ください。 ※宿泊施設・自宅等での療養期間はご請求対象外のため記入不要です。		

2. 状況報告

被保険者	フリガナ	性別	生年月日(年齢)
	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)
宿泊施設・自宅等での療養期間(※2)	年 月 日 ~ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 自宅療養	<input type="checkbox"/> 施設療養	
医療機関への入院期間	入院日 年 月 日 ~ 退院日 年 月 日		
医療機関・公的機関の名称(※3)			

(※1)「新型コロナ治療薬」の詳細につきましては、別紙「必要書類<パターン2>「新型コロナウイルス感染症」にかかわる給付金・保険金のご請求について」をご参照ください。

- (※2)・医師や保健所等の公的機関により臨時施設での療養や自宅療養を指示された期間をご記入ください。
 ・療養期間の開始日は、陽性判定日(診断日)、または、医師や保健所等の公的機関により療養開始を指示された日をご記入ください。
 ・療養期間がご不明な場合は、お住まいの地域の公的機関ホームページ等で、療養必要期間をご確認ください。

(※3) 新型コロナウイルス感染症と診断された医療機関名または保健所等の公的機関名をご記入ください。



1. 氏名	カルテ番号 ()	男・女 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	生年月日 年 月 日	
2. 傷病名		傷病発生日 年 月 日		
ア. 入院・手術等の原因となった傷病名		年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告	
イ. アの原因		年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告	
ウ. 上記の傷病の前医・紹介医	有・無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 医療機関名	前医・紹介医の初診日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 不明	
エ. 初診の経緯	前医・紹介医での悪性新生物の診断確定 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	有・無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	検査名 <input type="checkbox"/> 病理組織学的検査 <input type="checkbox"/> 細胞学的検査 <input type="checkbox"/> その他 診断名() 診断確定日(年 月 日)	
オ. 入院中に治療を行った合併症	有・無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	傷病発生日 年 月 日	合併症のみによる入院加療 治療期間 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
3. 治療期間	2. のアの初診 年 月 日 ～ 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 終診 ・ <input type="checkbox"/> 現在治療中)			
4. 入院期間 (含日帰入院)	第1回目 年 月 日 ～ 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 退院 ・ <input type="checkbox"/> 現在入院中 ・ <input type="checkbox"/> 転入院 ・ <input type="checkbox"/> 転科 ・ <input type="checkbox"/> 死亡退院) 第2回目 年 月 日 ～ 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 退院 ・ <input type="checkbox"/> 現在入院中 ・ <input type="checkbox"/> 転入院 ・ <input type="checkbox"/> 転科 ・ <input type="checkbox"/> 死亡退院) 第3回目以降			
右記の集中治療室管理料の算定	<input type="checkbox"/> 有	集中治療室管理料の詳細名 <input type="checkbox"/> 救命救急入院[A300] <input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療[A302] <input type="checkbox"/> 特定集中治療[A301] <input type="checkbox"/> 総合周産期特定集中治療[A303] <input type="checkbox"/> 小児特定集中治療[A301-4]	治療期間 第1回目 年 月 日 ～ 年 月 日 第2回目 年 月 日 ～ 年 月 日	
5. 今回実施した手術	A. 手術種類	①開頭術 ②穿頭術 ③開胸術 ④胸腔鏡 ⑤開腹術 ⑥腹腔鏡 ⑦ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 ⑧経皮的 ⑨経尿道的 ⑩経腔的 ⑪レーザー手術 ⑫その他 ()		
	B. 手術内容	1. 筋骨関係の手術の場合⇒ ア. 観血 イ. 非観血 2. 手指・足指の手術の場合、MP関節を含めて中枢に⇒ ウ. 及ぶ エ. 及ばない 3. 筋・腱・靭帯の処置 ⇒ オ. 伴う カ. 伴わない 4. 植皮(皮弁)面積⇒ キ. 25cm ² 以上 ク. 25cm ² 未満 5. 口腔内手術の場合、顎骨を⇒ ケ. 削っている コ. 削っていない 6. 女性生殖器官に対する手術の場合、全摘出した器官 ⇒ サ. なし シ. 子宮体部 ス. 左卵巣 セ. 右卵巣		
	手術・処置コード	手術名 ※手術名には胸腔・腹腔ドレナージ、ステント交換術、ポート留置などを含みます。	手術日 A. 手術種類 上記①～⑫より選択 B. 手術内容 ※上記ア～セよりすべて選択	
	<input type="checkbox"/> K- <input type="checkbox"/> J- <input type="checkbox"/> K- <input type="checkbox"/> J-	左 右 (両) 左 右 (両)	年 月 日 年 月 日	
3回目以降の手術がある場合は、手術・処置コード、手術名、手術日、手術種類、手術内容を記入ください。				
※一連の治療過程に連続して施行し、診療報酬点数表で手術料が1回のみ算定の手術は同一手術欄にすべての手術日を記入ください。				
6. 放射線・温熱療法	放射線または温熱療法の名称	部位 区分 M -	期間 ①開始 年 月 日 ～ 終了 年 月 日 ②開始 年 月 日 ～ 終了 年 月 日 総線量 ① Gy ② Gy	
7. 先進医療の実施	有・無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	技術名 開始 年 月 日 ～ 終了 年 月 日 (実施回数 回)	患者が負担する先進医療の技術料 円	
8. 急性心筋梗塞の場合	初診日から60日時点で軽労働・産業以上の労働の制限を引き続き必要としますか？		<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要	
9. 脳卒中の場合	初診日から60日時点で言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していますか？		有・無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 後遺症の詳細	
10. 悪性新生物・上皮内新生物の場合	診断確定に至るまでに行われた検査名		検査日	検査結果の概要
	病理組織学的検査		年 月 日	
	その他 () 検査		年 月 日	
	診断確定日	年 月 日	がんの種類	<input type="checkbox"/> 上皮内がんまたは非浸潤がん ・ <input type="checkbox"/> それ以外のがん
	(p) TNM分類	T () N () M ()	大腸癌の深達度	<input type="checkbox"/> M ・ <input type="checkbox"/> SM以深
	今回の悪性新生物の区分	<input type="checkbox"/> 原発 ・ <input type="checkbox"/> 再発 ・ <input type="checkbox"/> 転移	子宮頸部の場合	<input type="checkbox"/> CIN2 ・ <input type="checkbox"/> CIN3 ・ <input type="checkbox"/> CIS ・ <input type="checkbox"/> それ以外
		食道癌(T1a)の場合	<input type="checkbox"/> EP ・ <input type="checkbox"/> LPM ・ <input type="checkbox"/> MM	
悪性新生物・上皮内新生物の既往	<input type="checkbox"/> 有 病名		診断時期 年 月 日 (頃)	
告知	本人に 年 月 日頃、病名 () と <input type="checkbox"/> 告げた <input type="checkbox"/> 告げていない			
11. 意思能力	現在本人には保険金等を請求し、受け取る行為の意味を理解できないと思われる場合は、右にチェックしてください。		<input type="checkbox"/> できない	
以上のとおり証明(診断)します。 所在地 病院または診療所の名称・診療科 医師氏名				

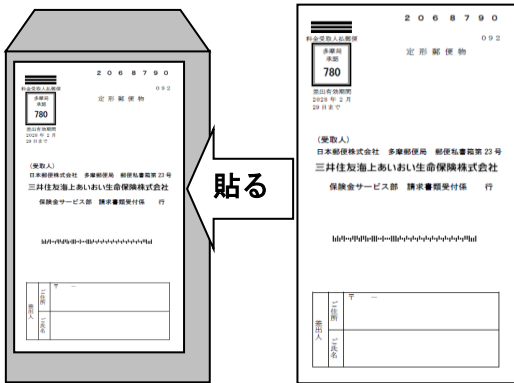


ご請求に必要な書類がそろいましたら、お客さまご自身で当社あてに郵送をお願いいたします。このあて先シートを使用いただいた場合は、郵便料金は当社で負担いたします。

※角形2号封筒用は2ページ目にごございます。

<ご使用方法>

- ① 当用紙を **A4用紙のサイズ** で印刷してください（拡大・縮小等、サイズ変更をしないで印刷してください）。
- ② 点線にそって右の「封筒貼付用あて先シート」を切り取ってください。
- ③ 切り取った「封筒貼付用あて先シート」にお客さまのご住所とご氏名を記入し、封筒の左上に合わせて、しっかりとのりで貼り付けてください。
ホチキス・クリップ等は使用しないでください。



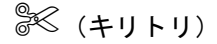
- ④ 必要な書類を封筒に入れ、はがれないようにしっかりと閉封してください。
- ⑤ ポストへ投函してください。切手の貼り付けは不要です。

<ご郵送いただける郵便物の種類>
第一種郵便物（封書）

<内容>
50g までの書類

・ご請求書類をお送りいただく場合に限定してご利用ください。
また、第三者へ譲渡されないようお願いいたします。

【長形3号 封筒用】



2068790

料金受取人払郵便

多摩局
承認
780

差出有効期間
2028年2月
29日まで

092

定形郵便物

(受取人)

日本郵便株式会社 多摩郵便局 郵便私書箱第23号

三井住友海上あいおい生命保険株式会社

保険金サービス部 請求書類受付係 行

差出人	ご住所	〒 ー
	ご氏名	

【角形2号 封筒用】



料金受取人払郵便

差出有効期間
2028年2月
29日まで

2 0 6 8 7 9 0

定形外郵便物

(受取人)

日本郵便株式会社 多摩郵便局 郵便私書箱第23号

三井住友海上あいおい生命保険株式会社

保険金サービス部 請求書類受付係 行

〒	—	
〒	住所	氏名
差出人		