

令和4年9月25日(日)以前に診断※された方

※検査日ではなく、診断日での判断となります。

新型コロナウイルス感染症 入院保障の特別取扱いにかかる請求書類



J A 共済では、新型コロナウイルス感染症により宿泊施設または自宅等で療養を余儀なくされた方について、入院共済金のお支払いをする特別取扱い（以下「みなし入院」）を実施しております。

「みなし入院」による入院共済金の請求をされる場合、事前にご一読ください。

My HER-SYS (療養証明画面) を準備いただける場合

➤ 生命共済治療報告書 + My HER-SYS (療養証明画面)

My HER-SYS (療養証明画面) を準備いただけない場合 (スマートフォンやパソコン等をお持ちでない方など)

➤ 生命共済治療報告書 + (1) または (2)

(1) 新型コロナウイルス感染症に罹患したことがわかる自治体あるいは医療機関が発行する証明書※

- 医療機関が発行する検査結果報告書
(被共済者名、検査日または検査結果判明日、医療機関名のあるもの)
※検査結果に医療機関名の記載がない場合、医療機関の検査結果に加えて、診療報酬明細書（「二類感染症患者入院診療加算」等の記載のあるもの）
- 自治体の健康フォローアップセンター（自治体により名称は異なります）の陽性確定連絡あるいは療養期間証明（被共済者名の記載があるもの）など

(2) (自主療養の場合) 療養証明書

神奈川県が発行する「療養証明書（自主療養専用）」および兵庫県が発行する「自主療養証明書」が対象となります。（「自主療養届」ではお手続きできません）

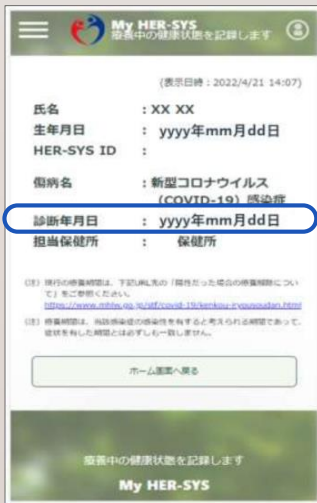
➤ 療養期間は、「PCR検査等で陽性と診断された日から厚生労働省等の定める解除基準に該当した日」となります。

➤ 治療報告書に記載された療養期間が12日以上となる場合は、上記に加えて、療養期間がわかる保健所・自治体あるいは医療機関が発行する証明書※を提出いただきます。

※就業制限解除通知書、療養期間証明書など

治療報告書の記入方法について

- 1 治療報告書の記入日をご記入ください。
- 2 報告者の氏名と続柄を（報告者が被共済者本人の場合は「本人」と）ご記入ください。
※被共済者以外が報告者となる場合は、被共済者氏名もあわせてご記入ください。
- 3 「新型コロナウイルス感染症」とご記入ください。
- 4 新型コロナウイルス感染症の発症日をご記入ください。
- 5 医療機関への初診日をご記入ください。



JA共済 生命共済治療報告書

専攻063960

貴組合に加入の生命共済契約の共済金請求のため、裏面「使用上のご注意」について了ましたうえで、下記のとおり治療の事実を報告します。この報告書に事実と相違していることを記載したため共済金支払を拒否されても、一切異議申し立てをいたしません。また、貴組合から共済金が支払われた後に、記載事項が事実と相違していることが認められ、貴組合から不当な支払拒絶で精神を求められた場合には、すみやかに精神に訴えます。
 (個人情報の訂正)をご記入いただいた身体・健康状態に関する情報は、特に保護を必要とする情報として厳密に管理し、適宜に取り扱います。
 上記の諸事項および「ご注意」ならびに裏面の「使用上のご注意」をご確認のうえ、①～⑦の白地部分についてご記入ください。

記載日 令和 年 月 日

1 共済金請求者 報告者 被共済者との続柄 報告者と異なる場合にご記入ください。 被共済者

2 傷病名 傷病発生年月日 初診年月日

3 医療機関 (治療した医療機関を記入してください) 名称 主治医 記入不要

4 入院期間 第1回 入院 退院 第2回 入院 退院

5 正式手術名 手術日 記入不要

6 通院期間 通院月① 通院日 通院月② 通院日 通院月③ 通院日

7 通院日 (治療のため通院した日をご記入ください)

ご注意
 1. ①～⑦の白地部分をご記入ください。
 2. ⑦の日付は該当する場合(診断日または発症日)にご記入ください。
 3. この欄は、消えないボールペンではっきりと記入してください。

61642

03040

(※事業所)

- 6 療養期間*をご記入ください。
 ※1 「PCR検査等での陽性判明日(診断日)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)」となります。
 ※2 療養期間が12日以上となる場合、療養期間終了日がわかる証明書を提出いただけます。
- 7 療養期間前後*に通院された場合、通院期間・通院日をご記入ください。
 ※1 療養期間と重複する場合は記入不要です。
 ※2 別途、通院日がわかる書類(領収書)を提出いただけます。

