

新型コロナウイルス感染症 入院・療養申告書

■本申告書は、契約者または被共済者にてご記入ください。 ご記入日： 年 月 日

1. 被共済者氏名 (陽性で療養された方)	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日
2. 傷病名	新型コロナウイルス (COVID-19) 感染症	
3. 診断年月日 (陽性判明日)	20 年 月 日	
4. 宿泊療養または自宅療養の場合 (「療養」とは厚生労働省の療養解除基準にもとづく療養をいいます。)		

該当する項目に☑のうえご記入をお願いします。

☐自治体が用意した臨時宿泊施設での療養

●施設名： 療養期間：20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

☐自宅での療養

●療養終了日：20 年 月 日

＜臨時宿泊施設での療養 (※) または自宅療養 (※) の場合の証明書類＞

①My HER-SYS の「療養証明書」の画面 (氏名・診断年月日等が表示された画面をプリントアウトしてください。)

②上記①をご準備できない場合

➡【「診断日」が2022年9月25日以前の方】…下記アまたはイまたはウの書類をご提出ください。

ア：自治体の健康フォローアップセンター (※) の受付結果 (氏名・陽性の記載があるもの)。

\*自治体ごとに名称が異なるため、お住いの自治体の名称をご確認ください

イ：新型コロナウイルス感染症 (陽性) であることがわかる医療機関が発行する検査結果報告書。

(氏名・医療機関名の記載に加えて、検査日・診断日・療養開始日のいずれかの記載があるもの)

ウ：すでに以下の書類をご取得されてお手元にある場合にはこちらをご提出ください。

例) 医療機関や保健所、自治体等で発行された「療養証明書」、「入院 (延長) 勧告書」、「就業制限通知」、「入院勧告終了通知」、「就業制限解除通知」、「退所証明書」など

➡【「診断日」が2022年9月26日以降の方】…「上記ア・イ・ウいずれか」とあわせて「下記エ」をご提出ください。

診断日が2022年9月26日以降の場合は、以下表に記載の「重症化リスクの分類」のいずれにも該当しない方は、宿泊療養または自宅療養を入院としてお取り扱いすることはできません。

該当する項目に☑をお願いします。

重症化リスクの分類		エ：左記に該当することを証明する書類
<input type="checkbox"/>	65歳以上の方	エは不要 (上記ア・イ・ウいずれかのみをご提出ください。)
<input type="checkbox"/>	入院を要する方	・入院した場合：下記5＜入院した場合の証明書類＞に記載した書類。 ・入院していない場合：入院が必要であると医師に診断されたことの証明書 (その事実が分かる証明書類)。
<input type="checkbox"/>	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型コロナにより酸素投与が必要な方	・医療機関発行の処方箋 (厚生労働省が定める新型コロナ治療薬である場合に限り)。 ・医療機関発行の診療明細書 (新型コロナによる酸素投与の記載があるもの) ・左記重症化リスクがあることを証明する医師発行の証明書類。
<input type="checkbox"/>	妊娠中の方	・母子手帳 (「被共済者名」および「交付日」や「妊娠週数」等の記載のある表紙・ページ) のコピー。 ・妊娠していることを証明する医師発行の証明書類。

5. 入院の場合 (宿泊療養・自宅療養はここには含まれません。)

●医療機関名： 入院期間：20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

＜入院した場合の証明書類＞ 退院証明書、領収書、診療明細書、診断書など

※みなし入院の取扱いや必要書類については、当会ホームページもご参照ください。

ご申告いただいた内容について、追加書類のご提出をお願いする場合や、療養を指示した機関等に照会させていただく場合がございます。万が一、申告内容と異なる事実が判明した場合には、お支払いした共済金を返金いただく場合がございます。