

「新型コロナウイルス感染症」保険金請求WEB手順（スマートフォン版）

お手続きには写真（画像）の登録が必要なのでスマートフォンが便利です。 以下をご確認ください。

1. 陽性判明日により保障内容が異なります

【陽性判明日 2022年9月25日以前】

基本契約がパーソナルセットの方は組合員本人、夫婦セットの方は組合員本人と配偶者、ファミリーセットの方は組合員本人と配偶者、組合員本人あるいは配偶者と同居の親族および別居の未婚の子が保障されます。

【陽性判明日 2022年9月26日～2023年5月7日】

基本契約がパーソナルセットの方は組合員本人、夫婦セットの方は組合員本人と配偶者、ファミリーセットの方は組合員本人と配偶者、組合員本人あるいは配偶者と同居の親族および別居の未婚の子を対象にして、入院した方と次の「みなし入院」の対象者の施設療養・自宅療養が保障されます。

【「みなし入院」の対象者】

「65歳以上の方」・「入院を要する方」・「重症化リスクがあり、新型コロナ治療薬の投与または新型コロナ罹患により酸素投与が必要な方」・「妊婦の方」

療養終了（入院の場合は退院）後に保険金請求手続きをしてください（WEBでお手続きが完了します）。療養（入院）中の場合は手続きが完了しないため、保険会社へ病気の連絡のみとなり、あらためて手続きが必要となります。

なお、病院（保健所やPCR検査施設等は対象外）でPCR検査等を行った日が通院として保障の対象となりますので、「通院1日」を選択して請求してください。

また、下記の＜所得保障の対象となる場合＞を確認してください。

【陽性判明日 2023年5月8日以降】

医療保障等のオプションに加入されている方で入院された場合は保障されます。

退院後に保険金請求手続きをしてください（WEBでお手続きが完了します）。入院中の場合は手続きが完了しないため、保険会社へ病気の連絡のみとなり、あらためて手続きが必要となります。

また、下記の＜所得保障の対象となる場合＞を確認してください。

＜所得保障の対象となる場合＞ 陽性判明日に関わらず共通

「所得保障」に加入されている方は、本人が加入する所得保障の免責日数（4日あるいは7日）を超えた就業不能期間（症状回復した後に在宅勤務した日は対象外）が所得保障の対象となりますので、「入院あり」として「入院期間」の代わりに「就業不能期間」を入力し、以下の確認書類を添付して請求してください。

- ・医療機関で陽性判定を受けた方は医療機関の陽性証明書、領収書や診療明細書等の確認書類を添付して請求してください。
- ・PCR検査センターや保健所で陽性判定を受けた後に治療や投薬のために医療機関を受診した方は医療機関の領収書や診療報酬明細書等の確認書類を添付して請求してください。
- ・医療機関で陽性判定を受けておらず、治療や投薬のため医療機関を受診していない方でも、陽性と確認できる自治体や保健所等からのレターやメールがある方は、所得保障の対象となる場合がありますので、確認書類を添付して請求してください。保険会社から支払対象か否かを連絡いたします。

2. 感染者の手続き申請で感染者本人の口座を保険金受取に指定の場合はWEBで手続き完了

感染者（病気になられた方）本人の手続きで、感染者本人の口座を保険金受取に指定してください。
感染者以外の方の手続きは、保険会社へ病気の連絡のみとなり、あらかじめ保険会社から個別に案内します。
感染者以外の方の口座を指定した場合は、「保険金請求書」をWEBからダウンロードして印刷し、必要な項目を記入して、写真を撮り登録する必要があります。

※保険金請求書の記入例は⑥ページをご参照ください。

※未成年（17歳以下）の方が感染者の場合は、親権者の手続き申請により親権者の口座を保険金受取に指定することでWEBで手続きが完了します。

※ご家族の複数の方が感染した場合は、感染者ごとに一連の手続きを行ってください。

3. 2023年5月7日までに陽性判明された方は、「療養証明書」等を取得してから手続きしてください

※（2023年5月8日以降陽性判明された方）

医療保障等のオプションに加入されている方で入院された場合もしくは 所得保障に加入されている方で
免責日数を超えて就業不能となった場合は、「療養証明書」は必要ありませんが領収書と診療報酬明細書が必要です。

WEB手続きのなかで「療養証明書」の写真を登録（写真を選択）します。

医療機関（あるいは保健所）でPCR検査や抗原検査で「陽性」と診断された方に、感染者の体温や症状等の健康管理のため保健所から「HER-SYS（感染者等情報把握 管理支援システム）」の登録の案内がSMS（携帯番号へのショートメッセージサービス）で届きます。

感染者が登録したMy HER-SYSには「療養証明書（陽性診断日）」が表示されますので、WEBで保険金請求手続きを行う前にMy HER-SYSの「療養証明書」の画像をスマートフォンのスクリーンショットで撮影し写真に保存してください。

※HER-SYSの案内が届いていない場合や登録方法については、所轄の保健所にお問い合わせください。

※保健所で発行された書面の「療養証明書」の写真を登録することもできますが、保健所へ申請した場合、発行までに相当な日数がかかるようです。

※「療養証明書」が保健所から発行されない場合は、「診療報酬明細書*」、医療機関等でPCR検査・抗原検査の結果、保健所から発行された書類、健康フォローアップセンターへの登録メール等々で新型コロナウイルスに感染したことが分かるものを登録してください。

*「診療報酬明細書」は医学管理科に「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）が記載されているもの

※「療養証明書」以外にも医療機関が発行する「新型コロナウイルス感染症の陽性診断を受けた方へ」の書面でも代用できます。

My HER-SYS療養証明書サンプル

My HER-SYS療養証明書サンプル

手続きは次のページ以降をご確認ください

画面 1

中電生協組合員さまのメニュー
「サービスTOPはこちら」をタップ

画面 2

よくある手続き
「ささえ愛 ネット保険金請求手続き」
をタップ

画面 3

「ご病気」をタップ

画面 1



画面 2



画面 3



画面 4

画面を上へスワイプ

※画面の下方へ移動してください。

画面 5

初めて登録する場合は「いいえ」をタップ

※すでに登録して受付番号がある場合は「はい」をタップして受付番号を入力してください。

画面 6

中電生協の組合員番号 7ケタを入力
「手続きを始める」をタップ

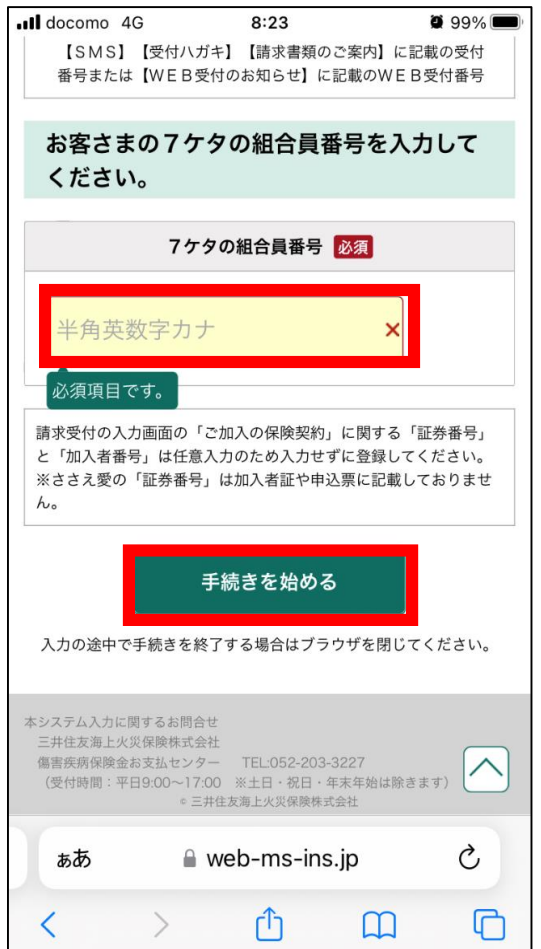
※中電生協組合員証（クレジットカード）の下部の「-（ハイフン）」前の数字 7ケタが組合員番号です。



画面 5



画面 6



画面 7

個人情報のお取り扱いについてをお読み
いただき、「同意します」にチェック
手続きの選択「病気」をタップ

※所得保障のみの請求の場合も、「病気」から手続きを
してください。

なお、入力画面のうち、「受診までの経緯」に就業不能期間
を入力し、「入院」は、ありを選択のうえ、「入院期間」を就業
不能期間と読み替えて入力してください。

①お手続きの選択 ②入力 ③確認 ④完了

☐ 同意します。

お手続きを選択してください。

お手続きの選択 **必須**

ケガ

病気

持病

携行品の損害

感染者本人の手続きで感染者の口座を指定する場合はWEBで完了します
感染者以外の方の口座を指定する場合に保険金請求書が必要になります
その場合は、赤枠・赤字部分をご記入ください（他の記入は必要ありません）

三井住友海上火災保険株式会社 宛

下記ご病状について関係書類を添付のうえ保険金を請求します。
本保険金請求に関して、裏面の「個人情報の取扱いに関する同意」および「他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意」のとおり同意します。
保険金は下記指定の口座へ振り込んでください。口座への振込をもって保険金を受領したものと認めます。

— おねがい —

1. 太線内をご記入ください。
2. 必ず請求者ご本人が自署押印願います。
3. 保険金のご請求は、原則として被保険者（ご入院された方）ご本人が行ってください。ご本人が未成年の場合は親権者となります。
4. 訂正された箇所には必ず請求印をご押印ください。

請求日	年 月 日	
保険金請求者	住所	〒□□□-□□□□
	フリガナ	
	氏名	感染者の氏名
	押印	本人に○

ご契約内容等		手術に伴う費用補償特約	
証券番号		手術日	年 月 日
加入者番号	組合員番号7ケタ	手術名	
契約者名 （団体契約の場合は団体名）	中部電力生活協同組合	利用された公的医療保険の名称	()健康保険組合 ()共済組合 その他()
被保険者 （ご病状になられた方）	氏名	上記公的医療保険における付加給付の有無	なし あり
生年月日・性別	年 月 日・男 女	上記公的医療保険以外の制度による治療費用の給付の有無	なし あり
他の保険契約等 （ご病状で同一の損害または費用に対して保険金等を支払う他の保険契約等がありましたら、必ずご記入ください。）	保険会社名(※)	差額ベッド料・親族の付添費用・ホームヘルパーの雇用費用・先進医療に要する費用をお支払するその他の給付の有無	なし あり
他の保険契約等の有無	なし・あり	第三者より支払われた損害賠償金の有無	なし あり
保険金請求の有無	なし・あり	健康保険における標準報酬月額	83万円以上 53万円以上 83万円未満 28万円以上 53万円未満 28万円未満

初診から現在に至るまでの経過	
病名	
今回のご病状で初めて病院に行かれた日	年 月 日
今回のご病状で初めて入院された日	年 月 日
初診時の症状およびその後の経過	

保険金振込口座		「金融機関」「ゆうちょ銀行」のいずれかの口座内容をご記入ください。口座名義は必ずご記入ください。	
口座名義 （カタカナ）	保険金振込口座の金融機関情報を記入してください		
金融機関 ★1	支店	預金種類 （普通・当座）	口座番号 （右詰めでご記入ください）
ゆうちょ銀行 ★2	店番号	通帳番号 （右詰めでご記入ください）	
通帳記号	1	通帳番号	

★1 請求機関のないゆうちょ銀行口座への振込を指定される場合は、こちらにご記入ください。
★2 ゆうちょ銀行の通帳の「郵便振替（送金依頼）」欄に○が付されていることを予めご確認ください。