

# 新型コロナウイルスのご請求の場合はこちらを参照ください

診断日が 2022 年 9 月 25 日以前の方  
『ケガ』のお手続き書類をお使いいただけます。

診断日が 2022 年 9 月 26 日以降の方  
『病気』のお手続き書類をお使いいただけます。

## 『ケガ』による共済金請求のための申告書

ケガをされた方 (被共済者)	【ケガをした日】には陽性反応が出た PCR 検査や 抗原検査等の検査日をご記入ください。													
請求内容 (下記は請求受付時にお伺いした内容です。)	請求内容を下記にご記入ください。													
ケガをした日	2022年9月20	20 22 年 9 月 20 日												
何をしているときに どうして	右の欄へ請求内容のご記入を お願いいたします。⇒⇒⇒													
どのようなケガ (部位・傷病名) をした	※ 一番下の欄には、部位・傷病名を ご記入ください。													
通院・入院先医療機関名	<table border="1"> <tr> <td>① 自宅療養</td> <td>電話番号 ( )</td> </tr> <tr> <td>② コープ病院</td> <td>電話番号 ( 01-2345-6789 )</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>電話番号 ( )</td> </tr> </table>		① 自宅療養	電話番号 ( )	② コープ病院	電話番号 ( 01-2345-6789 )	③	電話番号 ( )						
① 自宅療養	電話番号 ( )													
② コープ病院	電話番号 ( 01-2345-6789 )													
③	電話番号 ( )													
	<table border="1"> <tr> <td>2022年9月20日から</td> <td>妊娠中 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2022年9月29日まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>20 年 月 日から</td> <td>妊娠中 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>20 年 月 日まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>20 年 月 日から</td> <td>妊娠中 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>20 年 月 日まで</td> <td></td> </tr> </table>	2022年9月20日から	妊娠中 <input type="checkbox"/>	2022年9月29日まで		20 年 月 日から	妊娠中 <input type="checkbox"/>	20 年 月 日まで		20 年 月 日から	妊娠中 <input type="checkbox"/>	20 年 月 日まで		3 <入院>
2022年9月20日から	妊娠中 <input type="checkbox"/>													
2022年9月29日まで														
20 年 月 日から	妊娠中 <input type="checkbox"/>													
20 年 月 日まで														
20 年 月 日から	妊娠中 <input type="checkbox"/>													
20 年 月 日まで														

自宅療養の場合は「自宅療養」とご記入ください。  
入院やホテル療養の場合は施設名と電話番号を  
ご記入ください。

検査日～指示された療養終了日（入院期間  
含む）をご記入ください。指示された期間以降の  
自宅・ホテル療養は対象外となります。

## 『病気入院』共済金請求のための申告書

請求の対象となる方	ボールペンでご記入ください。				
【病名】には「新型コロナ」、【病気が発生した時期】には症状が出た日、【初めて医療機関にかかった日】には陽性反応が出た PCR 検査や抗原検査等の検査日をご記入ください。	してください。				
修正版、修正テープは使わないでください。	すべて下表へご記入ください。				
1	今回ご請求の入院期間中に治療された「病名」 ※ 1つの欄に1つずつ、病名のみをご記入ください。				
今回治療された病名	病気が発生(自覚)した時期	初めて医療機関にかかった日			
病名① <b>新型コロナ</b>	20 22 年 9 月 29 日 頃	20 22 年 9 月 30 日			
病名②	20 年 月 日 頃	20 年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
2	入院期間についてご記入のうえ、今回治療した病名の口( )に✓(チェック)をしてください。				
入院期間 (A)	入院期間 (A) で治療したすべての病名*に✓(チェック)をしてください(* 1にご記入の病名です)。				
20 22 年 9 月 30 日～20 22 年 10 月 6 日まで	病名①	病名②	病名③	病名④	病名⑤
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
妊娠中の入院の場合✓をしてください	妊娠中 <input type="checkbox"/>	医療機関名	<b>自宅療養</b>		
			電話番号 ( )		

【入院期間】には検査日～指示された療養終了日（入院期間含む）をご記入ください。指示された期間以降の自宅・ホテル療養は対象外となります。  
【医療機関名】には「自宅療養」または入院・ホテル療養した施設名と電話番号をご記入ください。

## ご提出いただく書類

### My HER-SYS（マイハーシス）内の「療養証明書画面」のコピー

【My HER-SYS 内の療養証明書画面が提出できない場合】

以下の項目が記載された、施設または医師等が発行した書類（コピー可）

- ①「患者（被共済者）名」、②「新型コロナウイルス感染症（陽性）であること」、③「検査日・診断日・療養開始日のいずれか」  
④「施設名または療養を指示した自治体・医療機関名」。一つの書類では項目が足りない場合は、複数の書類でご提出ください。

※診断日が 2022 年 9 月 26 日以降の方は以下の書類もご提出ください（65 歳以上の方は上記の書類のみでお手続き可）

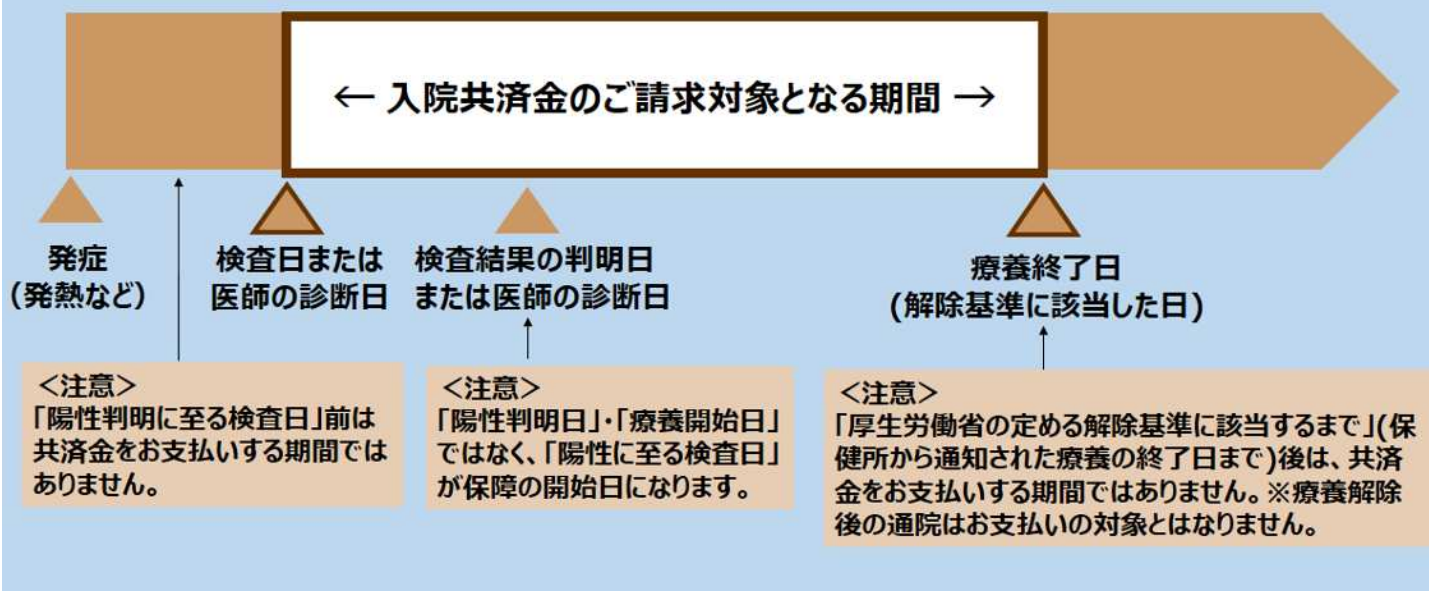
・妊娠中の方…母子手帳（療養された方のお名前と交付日の記載されているページ）のコピー

・妊娠中ではない 65 歳未満の方…診療報酬明細書（新型コロナに対する投薬または酸素投与が確認できるもの）のコピー

### 新型コロナによる入院共済金をお支払いする期間

「陽性判明に至る検査日」～「療養終了日」がご請求の対象となります。

【自宅で療養された場合】（イメージ）



## よくあるご質問

**Q 1 証明書に「療養期間」や「療養終了日」の記載がありません。どうすればいいですか？**

**A 1** 保健所や医療機関に指示された「療養終了日」を申告書にご記入ください。

療養終了日が分からない場合は、保健所や医療機関にご確認ください。

なお、療養開始日は陽性診断を受けた検査日となります。それ以前の療養期間は含めずご申告ください。

**Q 2 証明書の発行に 2～3 か月かかると言われました。共済金請求に期限はありますか？**

**A 2** 共済金請求の时效は 3 年となっておりますので、書類が揃ってからご提出いただければ問題ございません。

新型 コロナの取扱いにつきましては、以下の新型コロナウイルス感染症ページをご確認ください。



または

大学生協 新型コロナウイルス

検索