



TOKIO MARINE  
NICHIDO

新型コロナウイルス感染症対応医療従事者支援制度  
**保険金ご請求手続きのご案内**

---

## 新型コロナウイルス感染症対応医療従事者支援制度 保険金ご請求手続きのご案内

拝啓 平素は格別のお引き立てを賜り、厚く御礼申し上げます。このたびの被災に対し、心よりお見舞い申し上げます。

早速でございますが、保険金のご請求手続きにつきましてご案内いたしますので、必要書類をお取りそろえのうえ、ご請求いただきますようお願い申し上げます。

なお、ご不明な点がございましたら、ご遠慮なく弊社担当者までお問い合わせください。

敬 具

### 記

#### Step1 医療機関

- ①新型コロナウイルスによる政府労災または公務災害の申請をいただく。  
※休業(補償)給付請求書または遺族(補償)給付請求書は控えをお手元に保管してください。
- ②政府労災または公務災害の支給決定後、支援制度保険金請求書類をダウンロードください。
- ③必要書類をデータ化していただき、メールにて保険会社へお送りください。その場合、請求書類原本の送付は不要です。

メールアドレス:seikyu2020@tmnf.jp  
メールでのご提出が難しい場合は、以下の住所まで郵送にてお送りください。  
郵送料はお客様負担となります。  
送付先:〒102-8014 東京都千代田区三番町6-4  
東京海上日動火災保険 株式会社  
本店損害サービス第一部 火災新種損害サービス室  
新型コロナウイルス感染症支援制度 保険金担当者宛て

#### Step2 保険会社

資料受領後、不備がなければ1か月以内にご指定のお口座へお支払させていただきます。

書類に不備がある場合は、お電話またはメールにてご連絡させていただきます。

保険金は被災労働者のお口座へのお支払も可能です。

お支払後は書面にてお支払金額・入金日等をご案内させていただきます。

お支払先に被災労働者のお口座をご指定いただいた場合は、被災労働者・医療機関双方にお支払のご案内が発送されます。医療機関へのお支払をご希望の場合は、医療機関へお支払のご案内を発送いたします。

#### Step3 医療機関

医療機関へ保険金をお支払させていただいた場合は、保険金受領後30日以内に被災労働者またはその遺族に補償金としてお支払いいただき、労働災害補償金受領書をメールまたは郵送にて保険会社へご提出ください。メールでお送りいただく場合、原本の郵送は不要です。

被災労働者へのお支払の場合は、Step3は不要です。

以 上

## 〔保険金のご請求に必要な書類〕

以下の書類を必ずご提出ください。※印の書類は弊社所定用紙をご用意しております。

| 書 類 名                  | 書 類 の ご 説 明                                   |
|------------------------|---|
| 保 険 金 請 求 書(※)         | 裏面の記載例をご参照のうえ、ご記入ください。                        |
| 被 用 者 証 明 書(写)         | 賃金台帳、社会保険成立届(控)などのコピーをご提出ください。                |
| 労 働 災 害 補 償 金 受 領 書(※) | 保険金受領後30日以内に、被災労働者またはご遺族の方からお取り付けのうえ、ご提出ください。 |

以下は、政府労災保険等の給付を受ける場合の関係書類です。労働基準監督署等にご提出される前にコピーをおとりください。ご提出後は、コピーをとることができませんのでご注意ください。

| 書 類 名                    | 書 類 の ご 説 明                    |
|--------------------------|--------------------------------|
| 休 業 ( 補 償 ) 給 付 請 求 書(写) | 様式第8号                          |
| 遺 族 ( 補 償 ) 給 付 請 求 書(写) | 様式第12号                         |
| 支 払 決 定 ・ 支 払 通 知(写)     | 被災労働者またはご遺族あてに労働基準監督署から郵送されます。 |

以下は、地方公務員災害補償の給付を受ける場合の関係書類です。地方公務員災害補償基金等にご提出される前にコピーをおとりください。ご提出後は、コピーをとることができませんのでご注意ください。

| 書 類 名  | 書 類 の ご 説 明    |
|--|----------------|
| 休 業 補 償 請 求 書(写)                                     | 様式第7号          |
| 遺 族 補 償 年 金 請 求 書 或 者 は ( 写 )<br>遺 族 補 償 一 時 金 請 求 書 | 様式第14号もしくは第23号 |
| 休 業 補 償 決 定 通 知 書(写)                                 | 様式第29号         |
| 遺 族 補 償 決 定 通 知 書(写)                                 | 様式第32号         |

新型コロナウイルス感染症対応医療従事者支援制度保険金請求書

東京海上日動火災保険株式会社 宛

弊社受領日

同意事項

- 本書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金請求しますので、下記口座にお振込みください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。
- 保険金が私(当社)に支払いされる場合には、労働災害総合保険普通保険約款第1章第3条の定めに従い、受領する保険金の全額を被用者またはその遺族に補償金として支払い、その受領書は同約款第3章第22条(1)に従い保険金受領後30日以内に貴社に提出します。
- 故意または重大な過失によって前記に反したとき、もしくは、上記約款第22条(2)に該当した場合は、保険金を貴社に返還します。また、後日被用者またはその法定相続人より貴社に対し、この保険金受領に関して裁判上あるいは裁判外の請求があったときは当社が一切の責に任じます。

【個人情報の利用目的】

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(※)内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

(※)詳しくは、弊社ホームページ (<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>) をご参照ください。

【注】太線内を漏れなくご記入ください。

|                                 |  |                                 |                             |                                 |  |                             |                             |                                    |                 |
|---------------------------------|--|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------|
| 保<br>險<br>契<br>約                | 〒  | 100-8050                        |                             | 記入日(請求日)                        |  | ○×年 3月 3日                   |                             |                                    |                 |
|                                 | フリガナ   | トウキョウトチヨタクマルノウチ                 |                             |                                 |  |                             |                             |                                    |                 |
|                                 | 住所   | 東京都千代田区丸の内○-×-△                 |                             |                                 |  |                             |                             |                                    |                 |
|                                 | TEL  | 03 ( 3285 ) ××××                |                             |                                 |  |                             |                             |                                    |                 |
|                                 | フリガナ   | トウカイニチトウクリニク                    |                             |                                 |  |                             |                             |                                    |                 |
| 氏名                              | 東海日動クリニック  |                                 |                             |                                 |  |                             |                             |                                    |                 |
| 証券番号                            | 8312345678   |                                 |                             |                                 |  |                             |                             |                                    |                 |
| 発病日                             | ○年 4月 1日   |                                 |                             |                                 |  |                             |                             |                                    |                 |
| 被<br>災<br>労<br>働<br>者           | フリガナ   | チハケンチハシ○ク                       |                             |                                 |  |                             |                             |                                    |                 |
|                                 | 住所   | 〒□□□-□□□□<br>千葉県千葉市○○区×○5-1-303 |                             |                                 |  |                             |                             |                                    |                 |
|                                 | TEL  | 043 ( 333 ) ××××                |                             |                                 |  |                             |                             |                                    |                 |
|                                 | フリガナ   | ホケンタロウ                          |                             |                                 |  |                             | 生年月日<br>(西暦)                | 1975年 3月 12日                       |                 |
|                                 | 氏名   | 保険太郎                            |                             |                                 |  |                             |                             |                                    |                 |
| 職<br>種                          | 医療資格者等   |                                 |                             |                                 |  |                             |                             |                                    | その他従事者          |
|                                 | 1 <input checked="" type="checkbox"/>  | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>  | 4 <input type="checkbox"/>      | 5 <input type="checkbox"/>                         | 6 <input type="checkbox"/>  | 7 <input type="checkbox"/>  | 8 <input type="checkbox"/>         | 左記以外<br>(事務職員等) |
|                                 | 医師   | 歯科医師                            | 薬剤師                         | 保健師                             | 助産師  | 看護師                         | 准看護師                        | 診療放射線技師                            |                 |
|                                 | 9 <input type="checkbox"/>   | 10 <input type="checkbox"/>     | 11 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/>     | 13 <input type="checkbox"/>                        | 14 <input type="checkbox"/> | 15 <input type="checkbox"/> | 16 <input type="checkbox"/>        |                 |
| 診療工学線技師                         | 臨床検査技師   | 衛生検査技師                          | 理学療法士                       | 作業療法士                           | 視能訓練士  | 言語聴覚士                       | 臨床工学技士                      |                                    |                 |
| 17 <input type="checkbox"/>     | 18 <input type="checkbox"/>  | 19 <input type="checkbox"/>     | 20 <input type="checkbox"/> | 21 <input type="checkbox"/>     | 22 <input type="checkbox"/>                        | 23 <input type="checkbox"/> | 24 <input type="checkbox"/> | その他看護補助者等<br>(診療報酬で評価の対象となる看護補助者等) |                 |
| 義肢装具士                           | 救急救命士  | 歯科衛生士                           | 歯科技工士                       | 管理栄養士                           | 栄養士  | 精神保健福祉士                     |                             |                                    |                 |
| 保<br>險<br>金<br>受<br>取<br>口<br>座 | <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所<br><input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 |                                 | (丸の内)                       |                                 | ゆうちょ銀行 ※通帳の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄に○が付されていることを予めご確認ください。 |                             |                             |                                    |                 |
|                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄  |                                 | コード<br>(3ケタ) 1 2 3          | 口座<br>番号<br>(7ケタ) 4 5 6 7 0 0 0 | 通帳<br>記号 1 0                                       | 通帳<br>番号                    |                             |                                    |                 |
|                                 | 口座名義 (カタカナで<br>ご記入ください)  |                                 | トウカイニチトウクリニク                |                                 |  |                             |                             |                                    |                 |