



TOKIOMARINE
NICHIDO

令和3年度

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

年 月 日

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

※2020年12月1日～2021年3月1日始期契約と、2021年12月1日～2022年3月1日始期契約では、4日以上休業時の保険金額、対象となる感染症の範囲、保険金請求に必要な書類等が異なりますので、ご注意願います。

記

Step1 医療機関

- ①新型コロナウイルス感染症等による政府労災または公務災害の申請をいただく。
※療養(補償)給付請求書、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。
お支払案内(お支払金額・入金日)はお支払先住所に郵送いたします。被災者労働者へお支払する場合、医療機関宛には別途ご報告いたします。

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、給与明細、タイムカードなど発病時の加入医療機関等と被災労働者の雇用関係がわかる書類のコピーをご提出ください。
(医療機関宛にお支払する場合のみ) 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。 被災労働者へお支払する場合は不要です。

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
療養(補償)給付請求書もしくは 休業(補償)給付請求書(写)	様式第5号または様式第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)	労働基準監督署から労災受給者宛に送付される 『「支給決定通知・支払振込通知」が一体となった葉書』 もしくは『「支給決定通知」の葉書』 (支給決定通知のご提出が難しい場合は、医療機関宛に送付される「支払振込通知」でも可能ですが、追加資料をお願いすることがございます。) ・支給決定通知書とは…労災保険から支給できるかどうか、また支給できる場合は、その額をお知らせするものです。 ・支払振込通知書とは…保険給付等の口座振込の手続きを行ったことをお知らせするものです。

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
療養の給付請求書もしくは 療養補償請求書(写) 休業補償請求書	様式第5号もしくは第6号または様式第7号
遺族補償年金請求書もしくは(写) 遺族補償一時金請求書	様式第14号もしくは第23号
療養補償決定通知書または(写) 休業補償決定通知書	様式第27号または様式第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)に支払われる場合には、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。

記入日(請求日)	○×年 3月 3日	発病日	○○年 4月 1日	【注】太線内を漏れなくご記入ください。																																																														
保険金請求者 (医療機関)	フリガナ	トウキョウトチヨタクマルノウチ																																																																
	住所	〒100-8050 東京都千代田区丸の内〇-×-△																																																																
	TEL	03 (3285) ××××	証券番号	8312345678																																																														
	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				東海日動																																																													
被災労働者	フリガナ	チハケンチハシ〇〇ク																																																																
	住所	〒□□□-□□□□ 千葉県千葉市〇〇区×〇5-1-303																																																																
	フリガナ	ホケンタロウ		生年月日(西暦)	1975年 3月 12日																																																													
	氏名	保険太郎		TEL	043 (333) ××××																																																													
	職種	<table border="1"> <tr> <th colspan="8">医療資格者等</th> <th>その他従事者</th> </tr> <tr> <td>1 <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> <td rowspan="3">左記以外 (事務職員等)</td> </tr> <tr> <td>医師</td> <td>歯科医師</td> <td>薬剤師</td> <td>保健師</td> <td>助産師</td> <td>看護師</td> <td>准看護師</td> <td>診療放射線技師</td> </tr> <tr> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> <td>11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> <td>13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> <td>15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>診療工線技師</td> <td>臨床検査技師</td> <td>衛生検査技師</td> <td>理学療法士</td> <td>作業療法士</td> <td>視能訓練士</td> <td>言語聴覚士</td> <td>臨床工学技士</td> </tr> <tr> <td>17 <input type="checkbox"/></td> <td>18 <input type="checkbox"/></td> <td>19 <input type="checkbox"/></td> <td>20 <input type="checkbox"/></td> <td>21 <input type="checkbox"/></td> <td>22 <input type="checkbox"/></td> <td>23 <input type="checkbox"/></td> <td>24 <input type="checkbox"/></td> <td>その他看護補助者等 (診療報酬で評価の対象となる看護補助者等)</td> </tr> <tr> <td>義肢装具士</td> <td>救急救命士</td> <td>歯科衛生士</td> <td>歯科技工士</td> <td>管理栄養士</td> <td>栄養士</td> <td>精神保健福祉士</td> <td></td> </tr> </table>							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 (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 (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
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 (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 (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																																																												
保険金受取口座	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協		<input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所		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"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄		支店コード <input type="text" value="123"/> <input type="text" value="4567000"/>		通帳記号 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																																																													
	口座番号(7ケタ)		口座名義 (カタカナでご記入ください)		トウカイニチトウクリニク																																																													

休業証明	休業期間(早退・半日休暇は含みません)	年 月 日 ~ 年 月 日		
	休業日数	日間	感染症名	
	上記の内容に相違がないことを証明します。		記入日	年 月 日
	医療機関名	(印)		
(ご担当者氏名:	所属:)			

(※) 保険金のご請求にあたり、休業されたことが確認できる資料のご提出をお願いすることがございますので、あらかじめご了承いただきますようお願い申し上げます。