

全教共済の医療共済・終身医療共済にご加入のみなさん、退教療養共済にご加入のみなさんへのご案内です。
このご案内は、2023年4月21日時点の取り扱いです。今後、法令の改正等により変更する可能性があります。

新型コロナウイルス感染症に関するご案内

日頃より全教共済をご利用いただきありがとうございます。
新型コロナウイルス感染症により影響を受けられました皆様に、心よりお見舞いを申し上げます。
また、被患されている方々につきましては、一日も早いご回復をお祈り申し上げます。

共済金のお支払いについて

1. お支払対象となる共済金

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)による入院は、入院共済金のご請求の対象となります。
また、新型コロナウイルス感染症によりお亡くなりになられた場合は、死亡共済金のご請求の対象となります。

2. 入院共済金の取り扱いについて (2023年5月8日以降に診断された方は対象外)

2023年5月7日までに新型コロナウイルス感染症と診断され、医療機関の事情などにより、自宅・ホテルまたはその他の病院と同等とみなせる施設で治療を受けられる場合も、証明書などをご提出いただくことで、入院共済金の対象として取り扱います。

(注)自宅・ホテル療養については、保健所や自治体に届け出られた診断日(陽性判明日)以降の期間が給付対象となります。ご自身で実施した検査結果のみで陽性と判断し、保健所や自治体への届け出・登録のないまま自宅療養された場合は、給付の対象外です。

2022年10月11日以降に診断された方については、症状の有無にかかわらず一律5日の入院をされたものとみなして給付金をお支払いします。ただし、重症化リスクが高い方(ア.65歳以上の人、イ.入院を要する人、ウ.新型コロナウイルス感染症治療薬又は新たに酸素投与が必要と医師が判断する人、エ.妊婦のいずれか)については、引き続き診断日(陽性判明日)以降の期間を入院とみなして給付金をお支払いします。

退教療養共済は、入院8日目からの給付となります。したがって、10月11日以降に診断された方については、重症化リスクが高い方で、8日以上療養をされた場合のみ給付対象となります。また、10月10日以前に診断された場合でも、8日以上療養をされた場合のみ給付対象となりますのでご注意ください。

3. ご請求に必要な書類について（診断日によって異なります。診断日をご確認ください。）

【2022年9月25日以前に新型コロナウイルス感染症と診断された方】

ご請求に必要な書類は次のとおりです。

内容	ご用意いただく書類
病院での入院	1. 給付申請書 2. 入院・療養状況申告書(新型コロナウイルス専用) 3. 入院期間が記載された病院発行の書類 4. 同意書
ご自宅またはホテル等の臨時施設での宿泊療養	1. 給付申請書 2. 入院・療養状況申告書(新型コロナウイルス専用) <u>※発症日および発症経過、陽性と診断された日、自宅療養の終了日を申告いただきます。無症状の場合はその旨ご申告ください。</u> 3. 保健所や自治体が発行した以下の書類のいずれか <ul style="list-style-type: none"> ・療養証明書(自治体・保健所によって名称は異なります。) ・就業制限通知書 ・就業制限解除通知書 ※3の書類がお手元がない場合、My HER-SYS(マイハーシス)の療養証明書画面を印刷したものでも結構です。(「みなし陽性」の方はMy HER-SYSの対象外の場合があります。表示方法は別紙をご参照ください。) または、管轄の保健所のWebページ等で、証明書の発行申請についてご確認いただき、証明書の取得をお願い致します。
	4. 同意書

【2022年9月26日以後、2023年5月7日までに新型コロナウイルス感染症と診断された方】

内容	ご用意いただく書類
病院での入院	1. 給付申請書 2. 入院・療養状況申告書(新型コロナウイルス専用) 3. 入院期間が記載された病院発行の書類 4. 同意書
ご自宅またはホテル等の臨時施設での宿泊療養	1. 給付申請書 2. 入院・療養状況申告書(新型コロナウイルス専用) ※発症日、陽性と診断された日、自宅療養の終了日、症状の有無をご申告いただきます。 3. 以下の書類のいずれか(いずれもご本人の名前が確認できるもの) ・医療機関等で実施されたPCR検査や抗原検査の結果がわかる書類 ・健康フォローアップセンター等の受付結果(SMS等によるものを含む) ※「陽性者登録センター」など、名称は都道府県によって異なります。 ・MyHER-SYS(マイハーシス)の療養証明書画面(※2) ※2 2022年9月26日以降 <u>2023年5月7日まで</u> に診断された方のうち、重症化リスクが高い方(ア. 65歳以上の人、イ. 入院を要する人、ウ. 新型コロナウイルス感染症治療薬又は新たに酸素投与が必要と医師が判断する人、エ. 妊婦のいずれか)のみご利用いただけます。表示方法は別紙をご参照ください。 4. 同意書

※死亡その他のご請求に必要な書類については、各共済会までご連絡ください。

共済金のお支払いについて、上記の書類をご用意いただいた場合にも、ご本人の資料であることの確認等のため、追加で「所属長の証明」等の書類のご提出をお願いすることがありますが、ご了承ください。

(2023. 4. 21)

My HER-SYSで療養証明書を表示する方法

～検査を実施し医師から感染者と診断された方のみ表示されます～

※「みなし陽性」の方は対象外



①メールアドレスとパスワードを入力し、MyHER-SYSにログイン。新規登録がお済みではない方は新規登録からご利用ください。



②対象者が療養証明書を表示したい方の名前になっているかを確認し、「療養証明を表示する」をクリック。
※日本語以外の言語には対応していません。



③療養証明書が表示されます。内容を確認し、不明点等ある場合は担当保健所までお問い合わせください。

1. 下記の情報をご記入ください。

B-1

記入日 20 年 月 日

共济会名		職場名	
個人番号 (職員番号)	※マイナンバーではありません		
フリガナ			
共济契約者 氏名			

同意事項

私は、全教共済で定める個人情報の取り扱いについて同意し、共済金請求をします。
貴会が必要とした時は、請求内容の事実確認を医療機関等におこなうことに同意します。

振込口座	銀行 労金 農協	支店名	支店番号	口座番号	※右詰めで記入			
	信用金庫 信用組合	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座名義人	※カタカナで記入			

※共济契約者の口座をご記入ください(共济契約者死亡時は受取人のもの)

2. 病気・ケガ等をされた方の氏名等を記入し、申請する項目に☑を入れてください。

フリガナ		共济契約者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同居の親族 ()
対象者氏名			
事由発生日 (入院・通院日等)	年 月 日 ~		年 月 日
傷害共済	<input type="checkbox"/> 4日以内の傷害通院 <input type="checkbox"/> 5日以上 of 傷害通院 <input type="checkbox"/> 傷害入院 [※] <input type="checkbox"/> 傷害後遺障害 [※] <input type="checkbox"/> 傷害死亡 [※] <small>(※入院・通院型のみ対象)</small>		
医療共済 終身医療共済	<input type="checkbox"/> 入院(一般疾病・ケガ) <input type="checkbox"/> 入院(悪性新生物) <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 抗がん剤(2021年8月以降) <input type="checkbox"/> 出産祝金 <input type="checkbox"/> 先進医療(医療特約) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 臓器移植(2021年7月以前)		
生命共済	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 後遺障害 <input type="checkbox"/> 一般死亡 <input type="checkbox"/> 交通事故死亡 <input type="checkbox"/> 公務災害・労災事故死亡 <input type="checkbox"/> 胎児死亡		
退教療養共済	<input type="checkbox"/> 入院(一般疾病) <input type="checkbox"/> 入院(ケガ) <input type="checkbox"/> 入院(悪性新生物) <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 死亡 <small>※共済年度実額2万円以上が対象</small>		

3. 診断書・施術証明書・後遺障害診断書の原本をご提出の場合は文書料補助の対象です。
金額を記入し、領収書のコピーを添付してください。※診断書コピー・他生損保様式は補助の対象外です。

<input type="checkbox"/> 文書料なし	<input type="checkbox"/> 診断書	円	<input type="checkbox"/> 診断書	円
	<input type="checkbox"/> 施術証明書	円	<input type="checkbox"/> 施術証明書	円

【共济契約者死亡時のみ】受取人の情報をご記入ください

受取人		続柄	〒	住所
フリガナ				
氏名			TEL	

「個人情報に関するお知らせ」

給付申請書と給付申請にかかわる書類等にご記入いただいた個人情報は給付の用にのみ利用させていただきます。
詳しくは、全教共済ホームページ等で公表している「全教個人情報保護方針(プライバシーポリシー)」をご参照ください。

※ 以下共济会で記入 ①相殺有 無 ②返金有 無

共济	年 月 ~ 年 月	円	相殺・返金
共济	年 月 ~ 年 月	円	相殺・返金
共济	年 月 ~ 年 月	円	相殺・返金
共济	年 月 ~ 年 月	円	相殺・返金

共济会	全教共済
年 月 日	年 月 日

入院・療養状況申告書（新型コロナウイルス専用）

2023年5月7日以前に診断された方用の申告書です

1 病気をされた方の氏名と傷病名等をご記入ください。

フリガナ		年齢	歳
対象者氏名			
共済契約者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子		
傷病名	新型コロナウイルス感染症		

2 入院または療養をされた場合、その期間等を全てご記入ください。
(添付書類に明記されている事項は、記入を省略いただいて構いません。)

発症日 (無症状の場合は 検体採取日)	年 月 日	診断日 (陽性判明日)	年 月 日
症状の有無	有・無	具体的な症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> その他 ()	
入院または 療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	①	<input type="checkbox"/> 病院 (医療機関名:) TEL ()	担当科 医師名
		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> ホテル	
	年 月 日 ~ 年 月 日		
②	<input type="checkbox"/> 病院 (医療機関名:) TEL ()	担当科 医師名	
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> ホテル		

※自宅・宿泊療養については、診断日（陽性判明日）以降の期間が給付対象となります。（65歳以上の人、入院を要する人、新型コロナウイルス感染症治療薬又は新たに酸素投与が必要と医師が判断する人、妊婦のいずれかに該当する方を除き、2022年10月11日以後2023年5月7日以前に診断された方は、一律5日間のご入院とみなします。）

ご自身で実施した検査結果のみで陽性と判断し、保健所や自治体への届出・登録のないまま自宅・宿泊療養された場合は、給付の対象外です。また、2023年5月8日以後に診断され、自宅・宿泊療養された方は対象外です。

3 保健所等が発行した以下の書類いずれかを添付してください。

自宅療養・宿泊療養 必要書類	<u>保健所等の発行する以下の書類のいずれか（コピー可）</u> <input type="checkbox"/> 療養証明書 <input type="checkbox"/> 就業制限通知書 <input type="checkbox"/> 就業制限解除通知書 <input type="checkbox"/> My HER-SYS（マイハーシス）の療養証明書画面の写し など
※22年9月26日以後が 診断日の方は、右記の 書類もご利用いただけます。	<u>※いずれも氏名が確認できるもの。コピー可</u> <input type="checkbox"/> 医療機関での検査結果 <input type="checkbox"/> 健康フォローアップセンターの受付結果 など
入院した場合	<u>病院の発行する以下の書類（コピー可）</u> <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療費明細書 <input type="checkbox"/> 診断書 など



同意書

・この「同意書」は、給付申請書と一緒に共済会へ提出してください。※病院へ提出しないでください。

主治医 様

全教共済が給付審査の必要上、下記の患者の症状、治療内容、既往病歴等について、全教共済または同団体が委嘱する者より本書をもって貴殿に対し照会がありましたときは、ご腹藏なくご説明いただくことに同意しますので、よろしくご依頼申し上げます。また、本同意書のコピーも同等の効力があるものと認めます。


なお、診断書または証明書等の作成をお願いした際には、お手数ですがご発行くださるよう併せてお願い申し上げます。

1. 患者欄

患者住所	
患者氏名	
患者生年月日	年 月 日

2. 同意人欄 ※患者が成人の場合、同意人は患者本人です。

- ・患者が未成年者の場合は親権者の方が記入してください。
- ・また、患者本人が事情により記載できないために、関係者が同意人として記入する場合には、「患者との続柄」欄にチェックのうえ、関係者の署名・捺印をお願いします。

記入日	年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 患者に同じ
氏 名	
患者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> その他()