



## 保険金・給付金等のご請求に必要な書類（新型コロナウイルス）

印がついている書類をご提出ください。

印の書類は当社所定の用紙をご使用ください。

### 提出書類のご説明

	保険金・給付金・保険料払込免除請求書	<ul style="list-style-type: none"> <li>受取人ご本人が自署にてご記入ください。</li> <li>送金先は受取人名義の口座をご指定ください。</li> </ul>
	入院・手術・通院等証明書（診断書）	<ul style="list-style-type: none"> <li>当社診断書もしくは保健所等発行の自宅・宿泊療養証明書または就業制限通知のコピーをご提出ください。療養証明書等を取得できない場合は次ページに掲載のもの（※）をご用意ください。</li> <li>*診断書の場合は、病院・診療所に証明のご依頼をお願いします。</li> <li>*療養証明書等にはMY HER-SYSも含まれます。その場合、表示された画面を印刷したものを提出ください。</li> <li>*療養期間がみなし期間を超えなければ療養終了日・制限解除日の証明は不要です。</li> </ul>

#### ● 自宅・宿泊療養証明書、就業制限通知等による証明について

2022年3月14日以降の書類到着分のご請求については一律10日間療養したとみなし、疾病入院給付金等のお支払い対象といたします。ただし2022年9月26日以降に発症された場合一律7日間療養したとみなします。

#### ● 自宅・宿泊療養と医療機関での入院がありみなし療養期間を超えるご請求の場合

自宅・宿泊療養等証明と入院の診断書両方をご提出ください。

#### ● 無事故給付金特則、健康給付金特則のあるご契約についての注意事項

今回のご請求により5年の算定期間内に入院給付金のお支払いとなったとき、無事故給付金がお受取りできなくなります。

FWD医療/FWD医療引受緩和保険の健康給付金特則では5年間の間に10日以上給付金のお支払いがあると健康給付金がお受取りできなくなります。自宅・宿泊療養証明書、就業制限通知、MY HER-SYS等で請求される方はご注意ください。

#### ● 契約後早期のご請求については、事実確認を実施する場合があります。



- 保険証券の提出は不要です。
- 請求者（受取人）が個人の場合は個人名義の口座を、法人の場合は、法人名義の口座をご指定ください。
- 必要に応じて他の書類をご提出いただくことがありますので、あらかじめご了承ください。
- 請求額が500万円を超える場合は、必要書類が変更になりますので下記までご連絡ください。



ご契約についてのお問い合わせやご相談がございましたら、遠慮なく下記の「総合サービスセンター」にご連絡ください。

### FWD生命保険株式会社 総合サービスセンター



[お問い合わせ]

0120-211-901 (通話料無料)

受付時間 月～金(祝日・年末年始を除く)9:00～18:00

www.fwdlife.co.jp

- 保険金・給付金等のお支払いに関しましては、被保険者または受取人ご本人さまよりお問い合わせください。
- ご照会のときには、必ず証券番号、ご契約者名、被保険者名、ご住所をお知らせください。(保険証券にはこれらの情報が記載されています。)





## 保険金・給付金等のご請求に必要な書類

### ●新型コロナウイルス感染による療養証明について

(※) 宮城県・茨城県・鳥取県・佐賀県においては、2022年9月2日以降の発症または検体採取の場合、証明書等には、以下(①～⑤)を含めます。①～⑤の**いずれか**をご提出ください。

また、宮城県・茨城県・鳥取県・佐賀県以外の都道府県においても同様に、My HER-SYS や紙の療養証明を発行しなくなる都道府県については、同様の取扱いといたします。

- ① **My HER-SYS の証明** (MY HER-SYSで表示された療養証明書の場合、印刷したものをご提出ください。)
- ② **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もの** (メール等での通知の場合、印刷したものをご提出ください。)
- ③ **診療明細書** (医学管理料に「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いを含む)が記載されたもの)の写し
- ④ **コロナ治療薬が記載された処方箋・服用説明書** (被保険者名の記載があるもの)の写し
- ⑤ **PCR検査や抗原検査を実施する検査センター(医療機関以外でも可)の検査結果** (市販の検査キットは除く)など(メール等での通知の場合、印刷したものをご提出ください。)

### 【ご注意】

**9月26日以降にコロナ感染症に罹患された場合は次ページのとおりとなります。**

**必ずお読みください。**



**【9月26日以降にコロナ感染症に罹患された場合のご注意】**

2022年9月 26日（月）以降に、医師により新型コロナウイルス感染症と診断された方のご請求より、新たなお取り扱いを開始いたします。

自宅療養・宿泊療養についてのみなし入院に以下の制限がございます。

項目	対象等	2022年9月25日以前	2022年9月26日以降
入院された場合		支払対象	支払対象
宿泊・自宅療養された場合	重症化リスクの高い方など	支払対象	支払対象
	上記以外の方	支払対象	支払対象外

**重症化リスクの高い方など**

- ・ 診断時点で65歳以上の方
- ・ 入院を要する状態と、医師または保健所等により判断された方
- ・ 重症化リスクがあり、新型コロナウイルス感染症治療薬の投与または新型コロナウイルス感染症罹患により酸素投与が必要と、医師または保健所等により判断された方
- ・ 診断時点で妊娠している方

**必要書類（写しで可）**

**【65歳以上の方】**

- ① 新型コロナウイルスに感染したことを証する書類（My HER-SYS、療養証明書、抗原検査結果等）

**【65歳未満の方】**

上記①に感染したことを証する書類加えて以下の分類の方の必要書類となります。

- ・ 入院を要する状態と、医師または保健所等により判断された方  
→ 診療明細書、退院証明書、領収証、診断書
- ・ 重症化リスクがあり、新型コロナウイルス感染症治療薬の投与された方  
→ 診療明細書、調剤明細書、服用証明書、お薬手帳等投薬内容がわかるもの
- ・ 新型コロナウイルス感染症罹患により酸素投与が必要な方  
→ 診療明細書

※以下が算定されていることを確認します。

J024	酸素吸入
J025	酸素テント
J026	間歇的用圧吸入法
J026-2	鼻マスク式補助換気法
J026-3	体外式陰圧人工呼吸器治療
J026-4	ハイフローセラピー
J045	人工呼吸
L008	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

- ・ 診断時点で妊娠している方  
→ 母子手帳表紙のコピーまたは診断書

- ・黒ボールペンでご記入ください。(消せるボールペンは使用できません。)
- ・記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消のうえ、押印がある場合は同一印で訂正印を押印、押印がない場合は訂正署名(フルネーム)してください。



口座番号	右詰めでご記入ください。 + <del>2 3 4 5 6 7</del> 1234555	口座番号	右詰めでご記入ください。 + 2 3 4 5 6 7 見本太郎1234555
------	---	------	--

**証券番号・契約者氏名等**  
証券番号・契約者氏名・被保険者氏名・請求の種類をご記入ください。  
\*請求の種類がご不明な場合は選択がなくとも問題ございません。

**お客さまに関する個人情報のお取扱いについて**  
「保険金・給付金等請求お手続きのご案内」9ページをご確認ください。

**SMSによる手続き完了の連絡**  
お手続き完了後等にお客さまにSMS(ショートメッセージサービス)でご連絡いたしますので携帯電話番号のご登録をお願いしております。  
\*サービスの詳細につきましては「保険金・給付金等請求お手続きのご案内」4ページをご参照ください。

リビングニーズ保険金のご請求の場合は、ご請求金額をご記入ください。

**お名前(自署)**  
必ず請求者(受取人)ご本人が自署ください。代筆・代理請求の場合は代筆者・代理人が請求者(受取人)のお名前、連絡先をご記入ください。請求者(受取人)が法人の場合は「法人名・代表者の役職名・代表者氏名」をご記入ください(ゴム印でも可)。

**代筆・代理請求の場合**  
代筆の場合は、こちらに代筆者のお名前、受取人との続柄、代筆理由をご記入ください。代理請求の場合は、こちらに代理人のお名前をご記入のうえ、代理人区分を選択してください。  
\*代筆は当社が認めた場合に限り可能です。

**被保険者 同意**  
法人契約・法人受取の場合は被保険者の自署が必要です。配偶者型の請求の場合は配偶者の自署が必要です。

**お受取り口座**  
必ず請求者(受取人)ご本人名義の口座をご記入ください。

**請求・同意印**  
印鑑証明書をご提出いただく場合は、証明書と同一の印を押印ください。法人の場合は、法人印を押印ください。

**STEP 3 保険金・給付金・保険料払込免除請求書**

FWD生命保険株式会社 御中 受付No. \_\_\_\_\_

私は、貴社普通保険約款・特約条項の規定に基づき「お客さまに関する個人情報のお取扱いについて」を確認・同意のうえ、保険金・給付金等の支払を請求します。なお、医療機関発行の書類の記載内容や入院・手術内容について、貴社が必要に応じて医療機関等に照会することを承諾します。被保険者と請求者(受取人)が異なる場合は、被保険者の同意を得たうえで請求しています。支払金がある場合、下記口座への送金完了をもって本請求への支払金を受領したものと認めます。

記入日: XXXX年XX月XX日

証券番号: XXXXXXXXXXXX

契約者氏名: 見本太郎 様 被保険者氏名: 見本太郎 様

請求の種類: ①死亡保険金 ②特定疾病保険金 ③入院・手術給付金 ④保険料払込免除 ⑤その他

リビングニーズ保険金の場合の請求金額(3,000万円限度): \_\_\_\_\_ 円

住所: 〒XXXX-XXXX  
〇〇県〇〇市〇〇町99-99

フリガナ: ミホン タロウ

請求者(受取人)氏名(自署): 見本太郎 様 (印)

代筆・代理請求の方氏名(自署): \_\_\_\_\_ (印)

連絡先 TEL: (XXX) XXXX-XXXX

SMSによる連絡: 希望しない 希望する

希望する場合は、携帯電話番号にお手続き完了等の連絡をSMSでお送りします。不要な場合のみO印をご記入ください。

右記の区分のいずれかを選択してください。親権者 成年後見人 後見人 指定代理人

被保険者 同意:  氏名(自署): \_\_\_\_\_

ご希望されるお受取り口座にO印をご記入ください。フリガナ: ミホン タロウ

送金方法・送金先:  ゆうちょ銀行以外  ゆうちょ銀行

金融機関名: \_\_\_\_\_ 科目: 普通(総合) 口座番号: XXXXX

通帳記号: 10 7桁以内のときは右詰めでご記入ください。

お客さまからのメッセージ欄

受付日	OW	年月日	代理店受付日	営業店受付日	本社受付日	書類完備日
取扱営業店	LA					
取扱代理店	BN					

\*21.Reb①PDF(V7575) ©

FWD生命保険株式会社 御中

受付No.

私は、貴社普通保険約款・特約条項の規定に基づき「お客さまに関する個人情報のお取扱いについて」を確認・同意のうえ、保険金・給付金等の支払を請求します。なお、医療機関発行の書類の記載内容や入院・手術内容について、貴社が必要に応じて医療機関等に照会することを承諾します。被保険者と請求者（受取人）が異なる場合は、被保険者の同意を得たうえで請求しています。支払金がある場合、下記口座への送金完了をもって本請求への支払金を受領したものと認めます。

記入日 年 月 日

証券※ 番号				
契約者 氏名	様		被保険者 氏名	様
請求の 種類	① 死亡保険金 高度障害保険金	② 特定疾病保険金 リビングニーズ保険金	③ 入院・手術給付金 障害給付金 診断給付金	④ 保険料払込免除 ⑤ その他 ( )
リビングニーズ保険金の場合の請求金額(3,000万円限度)				万円

※一括請求は同一契約形態に限ります。

請求者 (受取人)	住所	〒	連絡先 TEL	日中ご連絡が取れる電話番号をご記入ください。 ( ) -	
	フリガナ			携帯電話 自宅 勤務先	
代筆・代理 請求の方	氏名(自署)	印鑑証明書が必要な場合は、実印を押印ください。請求・同意印 様 (印)	SMSによる 連絡	希望しない <input type="radio"/> 携帯電話番号にお手続き完了等の連絡をSMS でお送りします。不要な場合のみ○印をご記入 ください。	
	氏名(自署)	フリガナ 印鑑証明書が必要な場合は、実印を押印ください。請求・同意印 様 (印)	右記の区分の いずれかを 選択してください。	親権者 成年後見人 後見人 指定代理請求人	
被保険者 同意	氏名(自署) ※配偶者型の請求の場合は配偶者様をご署名ください。		代筆理由(代筆の場合)		
法人契約・法人受取の場合・ 配偶者型の請求の場合					

送金方法・ 送金先	ご希望される お受取り口座に ○印をご記入 ください。↓	口座 名義人	フリガナ		
	ゆうちょ銀行 以外の 金融機関	金融 機関名	フリガナ		
		科目	普通 (総合)	当座 貯蓄	口座番号
※ ゆうちょ銀行	通帳 記号	1	0	通帳番号	7桁以内のときは右詰めでご記入ください。
		銀行	信用金庫	支店名	本店 支店 出張所
		農協	信用組合	金融機関 コード	
		信託銀行	その他		

お客さまからのメッセージ欄

※口座名義人について、ご記入がない場合は、受取人氏名と同一とします。  
科目について、ご記入がない場合は、「普通(総合)」としてお取り扱いいたします。  
ゆうちょ銀行の場合、通帳記号は5桁、通帳番号は8桁でご記入ください。  
ゆうちょ銀行はそれ以外の銀行より2営業日長くお時間を頂戴します。

受付日	OW	年月日	代理店受付日	営業店受付印	本社受付印	書類完備日
取扱営業店	LA	印				
取扱代理店	BN					

2022年9月26日以降の新型コロナ感染で給付金請求の方は必ずご提出ください

<b>重症化リスクの高い方などに該当しますか？</b> <input type="checkbox"/> にチェック（レ）をしてください。	<b>【追加提出書類】</b> 診断されている事実がわかる書類に加え、 下記の書類を追加で必ずご提出ください（写しで可）。
<input type="checkbox"/> 診断時点で65歳以上の方	追加書類なし
<input type="checkbox"/> 入院を要する状態と、医師または保健所等により判断された方	入院期間の記載のある診療明細書、退院証明書、領収証、診断書のうちのいずれか
<input type="checkbox"/> 重症化リスクがあり、新型コロナウイルス感染症治療薬の投与または新型コロナウイルス感染症罹患により酸素投与が必要と、医師または保健所等により判断された方	（酸素投与を受けられた場合） 診療明細書（ただし、以下の項目が算定されていることを要します。） J024 酸素吸入 J025 酸素 TENT J026 間歇的用圧吸入法 J026-2 鼻マスク式補助換気法 J026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療 J026-4 ハイフローセラピー J045 人工呼吸 L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔  （新型コロナウイルス感染症治療薬の投与を受けられた場合） コロナ治療薬が記載された処方箋・服用説明書（被保険者名の記載があるもの） 新型コロナ治療薬の範囲（令和4年厚生労働省告示第255号） 一 カシリビマブ（遺伝子組換え）・イムデビマブ（遺伝子組換え） ニ ステロイド薬 三 ソトロビマブ（遺伝子組換え） 四 トシリズマブ（遺伝子組換え） 五 ニルマトレルビル・リトナビル 六 バリシチニブ 七 モルヌピラビル 八 レムデシビル
<input type="checkbox"/> 診断時点で妊娠している方	母子手帳表紙のコピーまたは診断書

（書類のご提出がない場合はご請求いただけません。）

【FWD医療/FWD医療引受緩和にご加入のお客様】

・特定感染症診断一時金特約を付加している方

上記の項目のいずれかにチェックがない場合はご請求いただけません。

チェックが一項目以上あるため請求します。

ご請求者自署（被保険者）

※被保険者さまが未成年の場合は、親権者さまがご署名ください。

請求書類とともにご提出ください