

新型コロナウイルス感染症による入院給付金のご請求手続きについて

1

必要書類

①②をご提出ください。②は必要書類の例をご参照ください。

2022年9月26日（月）から2023年5月7日（日）に診断された場合は、①②に加えて③もご提出ください。

（注意）2023年5月8日以降に新型コロナウイルス感染症と診断され、医療機関にご入院された給付金をご請求する場合には、以下の必要書類（①②）はご利用できません。お手続きの際は、担当ライフプランナーもしくはカスタマーサービスセンターにご連絡ください。

①給付金請求書 兼 療養申出書 [新型コロナウイルス感染症専用]

②新型コロナウイルス感染症罹患の証明書



図 1

必要書類の例

新型コロナウイルス感染症罹患の証明書（例） ※以下のいずれか	必要な記載事項
●「医療機関発行の新型コロナウイルス感染症の検査結果」（コピー） ・医療機関でない検査センター等の発行書類のみでは受付できません	・氏名 ・新型コロナウイルス感染症と診断されていること ・診断日 ・検査日または報告日（「医療機関発行の新型コロナウイルス感染症の検査結果」の場合のみ）
●「MY HER-SYS画面」（コピー） ・右上の図1の画面コピーをご提出ください。 ・MY HER-SYSの機能は2023年9月30日をもって停止しているため、新たに取得いただくことはできません	
●「健康フォローアップセンターの受付結果」（コピー） ・お住まいの自治体によって名称が異なります ・診断日2022年9月26日以降は罹患証明としてご利用いただけません	

なお、療養期間が 12 日以上の場合、上記①②に加えて、療養期間（療養開始日と療養終了日）が確認できる証明書が必要です。

<入院と宿泊・自宅療養 両方をご請求の場合>

療養期間が 12 日以上の場合で、医療機関での入院と、自宅・臨時施設での療養を両方されている場合は、「入院期間」と「自宅・宿泊療養期間」が確認できる書類をご提出ください。

③重症化リスクの高い方であることがわかる書類



2022 年 9 月 26 日（月）から 2023 年 5 月 7 日（日）に診断された場合は、ご提出が必須となります。

なお、ご提出いただく書類にて「重症化リスクの高い方」に該当するか不明な場合には、追加書類のご提出をお願いする場合があります。

重症化リスクの高い方	必要事項	必要書類（例）
65 歳以上の方	診断日時点で 65 歳以上であること	なし ※当社登録情報にて判断いたします
入院を要する方	診断日時点で入院を必要としていること	・医療機関発行の領収書（コピー） ・医療機関発行の退院証明書（コピー）
新型コロナウイルス感染症罹患により、治療薬※または酸素投与が必要な方	療養期間中に 治療薬（厚生労働省が定めるもの）や 酸素の投与がされていること	・医療機関発行の診療報酬明細書（コピー） ・処方箋（処方日がわかるもの）（コピー） ・医療機関発行の在宅酸素療法を実施したことがわかる書類（酸素投与日がわかるもの）（コピー）
妊娠されている方	診断日時点で妊娠していること	・母子手帳の表紙（コピー）

女性疾病特約にご加入いただいている「妊娠されている方」が、「入院を要する方」または「新型コロナウイルス感染症罹患により、治療薬※または酸素投与が必要な方」にも該当する場合は、必ず母子手帳の表紙コピーをご提出ください。

※治療薬 【厚生労働省が定める治療薬】（2022 年 9 月 20 日時点）

一般名称	商品名
カシビマブ・イムデビマブ	ロナプリーブ
ステロイド薬（デキサメタゾンなど）	デカドロンなど
ソトロビマブ	ゼビュディ
トシリズマブ	アクテムラ
ニルマトレルビル・リトナビル	パキロビッド
バリシチニブ	オルミエント
モルヌピラビル	ラゲブリオ
レムデシビル	ベクルリー

2

ご請求前にご確認ください



入院・療養期間はご記入いただいていますか？



療養終了日がご請求いただいた時点より**未来の日付**では受付できません。

保健所等からの指示に基づく療養期間が終了してからご記入・ご請求をお願いいたします。

給付金請求書 兼 療養申出書 [新型コロナウイルス感染症専用]

☐ 罹患証明書コピー添付 ※添付のうえ、ノを付けてください		裏面の「記入事項に関するご説明」をご確認ください	
傷病者氏名 受取人(請求者)と同一	傷病名 新型コロナウイルス (COVID-19)感染症		
入院・療養期間 入院日、宿泊・自宅療養期間をご記入ください	該当の全てに○を付けてください ☐ 入院 ☐ 宿泊療養 ☐ 自宅療養		
診断日または入院日 年 月 日 ~ 療養終了日または退院日 年 月 日			
※「療養終了日」が未来の日付では受付できません。療養期間が終了してからご記入・ご請求ください。 ※療養期間が12日以上の場合は、療養所・宿泊療養施設における療養期間の旨を記載してください。			
療養費助成を決定した機関名	病院名・宿泊施設名		



送金口座は、a または b のいずれかにご指定・ご記入いただいていますか？



保険料のお払込方法が、クレジットカード扱・団体扱(勤務先等での給与天引き)等の場合は、

a(保険料振替口座)はご指定いただけませんので、b に送金口座をご記入ください

a または b に○を記入して送金口座をご指定・ご記入ください		裏面の「記入事項に関するご説明」をご確認ください	
☐ a 保険料振替口座へ送金を希望します		☐ b 下記の指定口座へ送金を希望します	
受取人(請求者)本人名義の口座をご指定ください			
B 口座指定欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協 労働金庫	金融機関コード	本店 支店 出張所 支所
	種目 ※普通預金以外の場合は [] 内にご記入ください 普通(総合) []	口座番号 (右詰め)	口座名義人 カタカナでご記入ください
	店舗または通帳記号	通帳番号 (右詰め)	
	1 0		

3 ご請求方法

給付金請求書 兼 療養申出書〔新型コロナウイルス感染症専用〕のご提出漏れが多く発生しております。
「1.必要書類」をご参照いただき、お手続きに必要な書類がすべて揃っていることをご確認のうえ、お手続きをお願いいたします。

担当ライフプランナーによるお手続きのほか、My ページ（ご契約者さま専用 Web サイト）や郵送でもご請求いただけます。

※給付金請求書 兼 療養申出書〔新型コロナウイルス感染症専用〕は[こちら](#)から印刷してご利用ください。

① 担当ライフプランナーによるお手続き

担当ライフプランナーまでご連絡ください。

② My ページでのご請求

My ページに請求書類の画像をアップロードすることで請求手続が完了します。

My ページ [ログイン](#) *請求方法は[こちら](#)をご覧ください。

③ 郵送でのご請求

請求書類を当社まで郵送いただき、ご請求いただくことも可能です。

必要書類をご自宅に郵送いたしますので、担当ライフプランナーもしくはカスタマーサービスセンターにご連絡ください。

プルデンシャル生命保険株式会社
カスタマーサービスセンター

パートナーフォーユー

0120-810740（通話料無料）

[営業時間] 平日 9:00～17:30 土曜 9:00～17:00（日・祝・年末年始を除く）

※ご希望のお手続きによっては、カスタマーサービスセンターから担当ライフプランナーへ対応を代わらせていただく場合がございます。あらかじめご了承ください。