

2022年4月28日初版
2022年8月2日改定
ネオファースト生命保険株式会社

新型コロナウイルス感染症に伴う給付金・保険金のご請求について

(1) ご請求対象の範囲

入院給付金等・通院給付金等・保険金の対象です。

(2) ホテルや自宅にて療養した場合の取扱

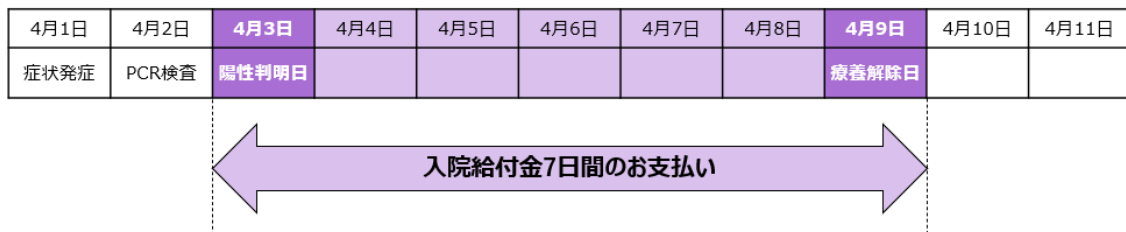
医療機関への入院有無にかかわらず、新型コロナウイルス感染症によりホテルを含む宿泊施設または自宅で療養した場合も、医師や保健所等の証明書等をご提出いただくことで入院給付金等の対象となります。

<宿泊施設または自宅で療養した場合の保障対象期間>

保障の開始日 (右記のいずれか早い日)	<ul style="list-style-type: none">● PCR検査等による陽性判明日● 病院・保健所等が証明する宿泊・自宅療養開始日
保障の終了日	<ul style="list-style-type: none">● 保健所・自治体等が療養の指示を解除した日

※「保障の開始日」より前の期間、「保障の終了日」より後の期間は原則お支払いできません。

(イメージ図)



(3) ご請求のお手続き方法

請求に必要なお手続き書類を郵送いたしますので、「[お問い合わせ・各種お手続きフォーム](#)」よりお申し出ください。「お問い合わせ・各種お手続きフォーム」の入力方法は、(4)「お問い合わせ・各種お手続きフォーム」入力方法をご確認ください。

「医療機関へ入院された場合」と、「宿泊施設または自宅で療養された場合」とで必要書類が異なりますので、以下をご確認ください。

- 医療機関へ入院された場合
⇒ [こちら](#)のご質問をご確認ください。
- 宿泊施設または自宅で療養された場合
⇒ [こちら](#)のご質問をご確認ください。
- その他新型コロナウイルス感染症に関するご質問
⇒ [よくあるご質問](#)をご確認ください。

(4) 「お問い合わせ・各種お手続きフォーム」入力方法

お客さまについて	必須	<input checked="" type="radio"/> ご契約中のお客さま <input type="radio"/> 保険をご検討中のお客さま	①「ご契約中のお客さま」を選択
内容	必須	<input type="radio"/> ご契約について (給付金・保険金以外) <input checked="" type="radio"/> 給付金・保険金について <input type="radio"/> ご意見・その他	②「給付金・保険金について」を選択
証券番号	必須	第 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (半角数字)	
被保険者名	漢字	必須	例) 保険 姓 <input type="text"/> 例) 太郎 名 <input type="text"/>
	フリガナ	必須	例) ホケン セイ <input type="text"/> 例) タロウ メイ <input type="text"/> (全角カナ)
被保険者生年月日	必須	- <input type="text"/> 年 - <input type="text"/> 月 - <input type="text"/> 日	
被保険者との続柄	必須	本人 <input type="text"/>	
メールアドレス	必須	例) test@example.com <input type="text"/> (半角英数字) 確認のため、もう一度入力してください。コピーはしないでください。 <input type="text"/>	

お問い合わせ・手続き希望 **必須**

給付金請求書希望 お問い合わせ

請求書類は被保険者様住所へ、被保険者様宛に郵送します。到着まで1週間ほど
 ● 入力できない項目がある場合、また被保険者様がご自身で請求できない状態

ご請求内容 (以下を選択して、入力してください)

病気 けが

傷病名

入院あり
 転院あり
 新型コロナウイルス感染症の入院/自宅療養・宿泊施設療養

陽性判明日 年 月 日

入院 自宅療養・宿泊施設療養 入院/自宅療養・宿泊施設療養どちらも

入院期間

入院日 年 月 日
 退院日 年 月 日

自宅療養・宿泊施設療養期間

療養開始日 年 月 日
 療養終了日 年 月 日

③「給付金請求書希望」を選択

④「病気」を選択のうえ、傷病名「新型コロナウイルス感染症」と入力

⑤「新型コロナウイルス感染症の入院/自宅療養・宿泊施設療養」を選択のうえ、療養情報を選択・入力ください。

※上記以降の項目は必要に応じて入力ください。

個人情報の利用目的

個人情報の取扱いについては、当社（ネオファースト生命保険株式会社）の「[個人情報の取扱い](#)」をご覧ください。
 ご入力いただきました内容は、関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供、当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実などに利用致します。

▶ 入力内容を確認する

⑥ **必須項目**を入力の上、「入力内容を確認する」を押してください。