

4日臨技発第234号

令和4年7月27日

都道府県臨床（衛生）検査技師会
会長各位

一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会
代表理事会長 宮島 喜文

「日臨技共済制度」感染症罹患共済金制度の補償項目の変更について（通知）

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。日頃より、当会の運営にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、「日臨技共済制度」の感染症罹患共済金制度において、新型コロナウイルスの流行の結果、従来であれば入院が必要な状態であっても、自宅療養・宿泊療養となるケースが多発したため、共済制度規定細則を整備し、令和4年6月より自宅待機も共済金の支給対象に盛り込みました。

詳細につきましては、別添資料をご確認ください。

また、日臨技ホームページの TOPIC でも会員への広報を行っております。今後、JAMT マガジンにも案内を掲載する予定ですので、会員への周知についてご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

【問合せ先】

一般社団法人日本臨床衛生検査技師会

電話 03-3768-4722 FAX03-3768-6722

メールアドレス： jamt@jamt.or.jp

担当執行理事 宮原祥子、事務局 内海万紀幸

●感染症罹患共済金制度の補償項目の変更について●

日臨技共済制度の1つである**感染症罹患共済金制度**は、**会員が業務中・会主催の行事中に「対象となる感染症」に罹患し、通院、入院、死亡又は後遺障害を被った場合に共済金を支払う制度**です。新型コロナウイルスの流行の結果、従来であれば入院が必要な状態であっても、自宅療養・宿泊療養となるケースが多発したため、共済制度規定細則を整備し、**令和4年6月より自宅待機も共済金の支給対象に盛り込み**ました。変更箇所は以下をご参照下さい。

なお、「日臨技共済制度」につきましては、日臨技ホームページやJAMTマガジン10月号に掲載いたします。こちらも併せてご確認くださいませようお願い致します。

2022年5月31日まで（旧制度）

補償項目	共済金額	
死亡共済金	100万円	
後遺障害共済金	100万円限度	
入院共済金	31日以上	10万円
	21～30日	7万円
	11～20日	5万円
	10日以内	2万円
通院共済金	1日以上	1万円

変更

2022年6月1日から（新制度）

補償項目	共済金額	
死亡共済金	100万円 *1	
後遺障害共済金	100万円限度*2	
入院共済金	31日以上	10万円
	15～30日	5万円
	8～14日	3万円
	4～7日	2万円
	3日以内	1万円
	通院・ 自宅待機 共済金	30日以上
16～29日		5万円
11～15日		3万円
6～10日		2万円
5日以内		1万円

※2022年6月1日以前に新型コロナウイルス感染症に罹患された際のホテル・自宅療養期間につきましては、感染拡大の状況を鑑み、特別に入院扱いとして支払います。

*1既に同一の感染症罹患に対し、後遺障害共済金を支払っている場合は、支払済の後遺障害共済金額を控除した額を支払います。

*2後遺障害共済金は、その程度に応じて、後遺障害共済金の7～100%を支払います。

- ・医師により感染症と診断されることにより確定することとします。
- ・同一の感染症については、年間（6月1日～1年間）を通して1回の支払とします。
- ・同日に通院と自宅待機が発生した場合は、自宅待機とします。
- ・同時に2種類の感染症に罹患した場合は、重複して共済金を支払いません。
- ・規定された共済金額より振込手数料を差し引いた金額を振込みます。
- ・感染症発症日から1,000日を過ぎた請求に対しては、共済金の支払い対象とはなりません。

※規定された共済金額から振込手数料を差し引いた金額をお振込みいたします。



対象となる感染症や申請方法についてはホームページと共済制度規定及び共済制度規定細則をご確認ください。

【問合せ先】

一般社団法人日本臨床衛生検査技師会 事務局 電話03-3768-4722

ホームページ : <https://www.jamt.or.jp/>

メールアドレス : jamt@jamt.or.jp



対象となる感染症名一覧

1. 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に定める1類～5類の感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症

分類	感染症名
1類感染症	【法】 エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
2類感染症	【法】 急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る）、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。）、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）
3類感染症	【法】 コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス
4類感染症	【法】 E型肝炎、A型肝炎、黄熱、Q熱、狂犬病、炭疽、鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9）を除く）、ボツリヌス症、マラリア、野兎病 【政令】 ウエストナイル熱、エキノコックス症、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャサナル森林病、コクシジオイデス症、サル痘、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、チクングニア熱、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、Bウイルス病、鼻疽、ブルセラ症、ベネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、レジオネラ症、レプトスピラ症、ロッキー山紅斑熱
5類感染症	【法】 インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く）、クリプトスポリジウム症、後天性免疫不全症候群、性器クラミジア感染症、梅毒、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 【省令】 アメーバ赤痢、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く）、感染性胃腸炎、急性出血性結膜炎、急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く）、クラミジア肺炎（オウム病を除く）、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、細菌性髄膜炎（髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く。）、ジアルジア症、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、先天性風しん症候群、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、播種性クリプトコックス症、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症、流行性角結膜炎、流行性耳下腺炎、淋菌感染症
新型インフルエンザ等感染症	該当なし
指定感染症	新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属コロナウイルスであるものに限る）
新感染症	該当なし

2. 一般社団法人日本臨床衛生検査技師会が給付の対象とする感染症

疥癬、成人T細胞白血病、ウイルス性心外膜炎、伝染性単核球症、溶連菌感染による合併症

感染症罹患共済金制度 申請用紙

※必要事項をご記入の上、業務または会主催の行事管理責任者の署名の上、必要書類と併せてご郵送またはメールにてお送りください。
郵送先：〒104-0033 東京都中央区新川2-22-6 SJIビル2F 欄メディックプランニングオフィス E-mail: rinsho@medic-office.co.jp

ご記入日：西暦 年 月 日 会員番号

被保険者欄	フリガナ		本件についてのご連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	-	-
	氏名			<input type="checkbox"/> 携帯		
	自宅住所	〒	<input type="checkbox"/> 勤務先			内線：

罹患内容	感染症名	
	感染症罹患を医師に診断された日	西暦 年 月 日
	感染した場所	<input type="checkbox"/> 勤務先施設 <input type="checkbox"/> その他() ※業務中・会主催の行事中以外の罹患は対象になりません。
	感染経路	※業務中・会主催の行事中に感染症に罹患した経路を必ずご記入ください。
	入院 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	合計 日 入院期間： 年 月 日～ 年 月 日 (診断書や領収書の日数と相違ないことをご確認ください。)
	通院・自宅待機 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	通院日と自宅待機日を、下のカレンダーに印(通院=○印 待機期間=△印)をつけ、合計の日数を記入してください。 通院日と自宅待機日が重複する場合は、自宅待機日とします。

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				

○通院計 日 + △自宅待機計 日 = 合計 日
(領収書の枚数と相違ないことを) (証明書類に記載の待機期間日数以内であることを) ご確認ください。

死亡	西暦 年 月 日
----	----------

★見舞金は入院・通院・自宅待機日数の合計日数を、ご提出いただいた書類と照らし合わせて算出いたします。
報告書とご提出の書類に相違がある場合は、診断書等医療機関発行の書類を優先させていただきますので、ご了承ください。

■本感染事故は(業務中・会主催の行事中)の罹患であることを証します。(いずれかに○)

業務・会主催の行事管理責任者： 役職 氏名 印

■下記に感染共済金の振込先と振込先口座等をご記入ください。

お振込先	銀行・労働金庫	本店	金融機関番号	店舗番号	預金種目	口座番号(右づめ)
	信用金庫・信用組合	支店			普通(総合) 1	
	農協・漁協	出張所			当座 2	
	ゆうちょ銀行	記号	番号(右づめ)	フリガナ		
	1	0 ※		口座名義人		

本紙によりお預かりしたお客様の情報は、事故の内容確認のために利用し、それ以外の目的では利用いたしません。
診断書(コピー含む)等の添付書類は、ご返却いたしませんので予めご承知おきください。