

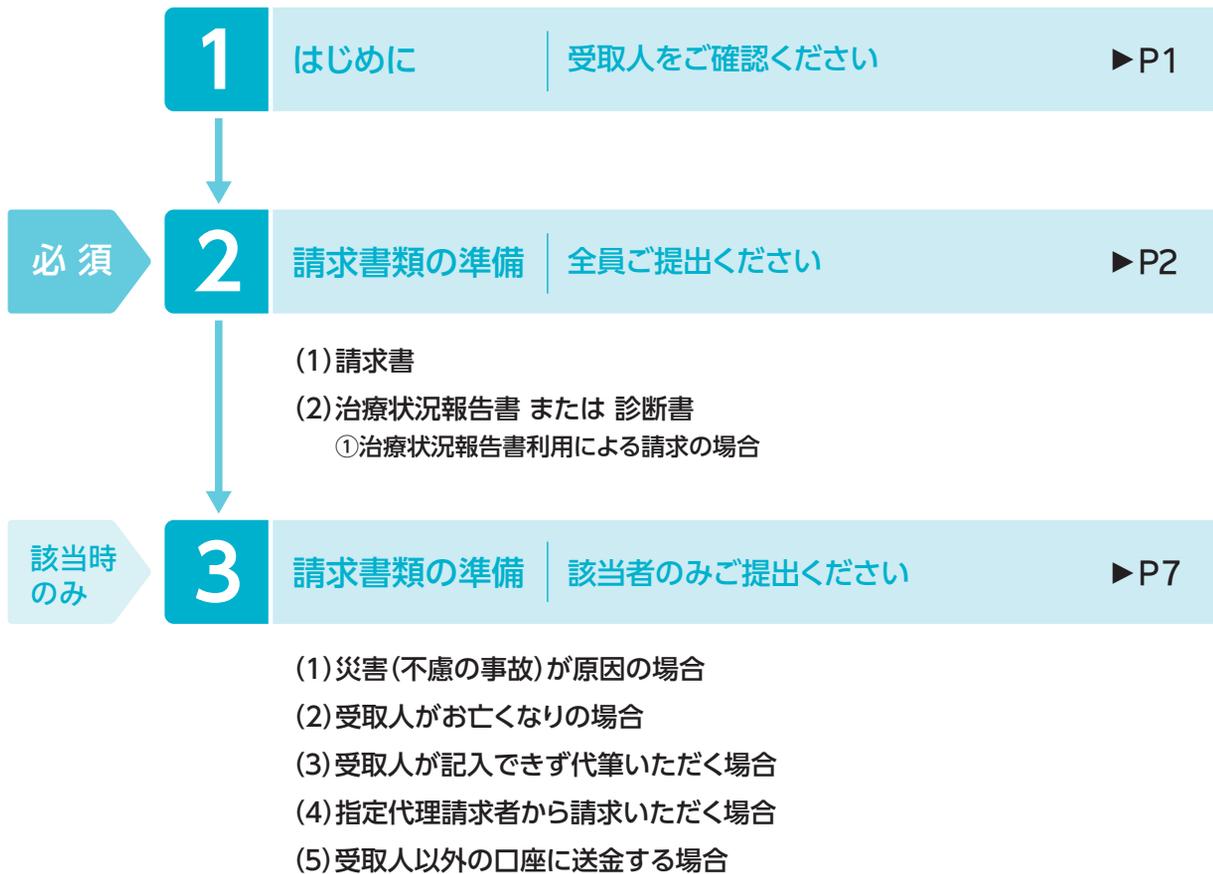


必要書類のご案内

入院・手術等に伴う給付金

このたびのことにつきましては、心よりお見舞い申し上げます。
入院や手術に伴う給付金のご請求手続きに必要な書類をご案内いたしますので、
当社所定の請求書とともにご提出くださいますようお願い申し上げます。

請求手続きの流れと必要書類



添付書類

- 治療状況報告書
- 受傷状況報告書

1

はじめに

受取人をご確認ください

(1)入院等に伴う給付金の受取人は、病気やけがで入院等をされた方となります。

病気やけがで入院等された方	受取人
所属員本人	所属員本人
配偶者	配偶者
子ども	子ども

※受取人が未成年の場合は親権者が請求書類をご記入ください。

ただし、下記商品は配偶者・お子さまが、入院をされた場合でも所属員本人が受取人となります。
※証券番号が76で始まる商品が該当します。

● 医療保障保険(団体型)

● 無配当団体医療保険

病気やけがで入院等された方	受取人
配偶者または子ども	所属員本人



複数商品にご加入されている場合で、受取人が異なる場合には、保険金・給付金請求書をそれぞれご提出ください。

※上記の受取人がお亡くなりの場合は、受取人の法定相続人となります。

法定相続順位による受取人

順位	配偶者がいる場合	配偶者がいない場合
	受取人	受取人
第1	配偶者 + 子ども (死亡している子がいる場合は、その直系卑属である孫)	子ども (死亡している子がいる場合は、その直系卑属である孫)
第2	配偶者 + 父母 (父母がいない場合は、その直系尊属である祖父母)	父母 (父母がいない場合は、その直系尊属である祖父母)
第3	配偶者 + 兄弟姉妹 (死亡している兄弟姉妹がいる場合は、その直系卑属である甥・姪)	兄弟姉妹 (死亡している兄弟姉妹がいる場合は、その直系卑属である甥・姪)

※必要書類は **2 請求書類の準備** を確認してください。

2

請求書類の準備

全員ご提出ください

(1) 請求書

入院・手術に伴う給付金の請求にあたっては、**保険金・給付金請求書(別紙)**と本案内に記載された必要書類をご準備ください。

保険金・給付金請求書(見本)

- ※「保険金・給付金請求書」は本案内とは別の書類となります。
- ※「保険金・給付金請求書」の「記入のご案内」を確認ください。



(2) 治療状況報告書 または 診断書

治療状況報告書(客観資料含む)または当社所定の診断書をご提出ください。

治療状況報告書

当社所定の診断書

または

当社所定の診断書となります。病院に提出し、作成をご依頼ください。

※診断書の取得費用はお客様のご負担となります。ただし、保険金、給付金をお支払いできなかった場合、かつ当社所定の要件を満たす場合には、診断書原本の提出1通につき所定の金額をお支払いします。

- **治療状況報告書は、以下の「取扱条件」にすべて該当する場合、ご利用できます。**
利用できる場合は、客観資料を確認のうえ治療状況報告書に記入してご提出ください。
- **治療状況報告書を利用できない場合は、当社所定の診断書をご準備ください。**
※なお、先進医療給付金・外来手術給付金のご請求にあたっては領収書もあわせてご提出ください。

治療状況報告書の「取扱条件」 以下のすべてに該当する場合、「治療状況報告書」をご利用できます。

- チェック**
- 給付金の請求であること
 - 給付金種類に応じた客観資料の添付があること ……▶ **詳細はP3の■の表を参照ください**
 - 退院後のご請求であること(入院中のときはご利用できません)
 - 医療機関でのご入院であるとき(整骨院や接骨院は除く)*1
*1 柔道整復師法に定める施術所(整骨院や接骨院)は医療機関には該当しません。

※支払可否が判断できない場合は、当社所定の診断書の提出をお願いする場合があります。

①治療状況報告書利用による請求の場合

1 客観資料の準備

給付金種類により添付する客観資料を確認、ご準備ください。資料はいずれもコピーでの提出可です。

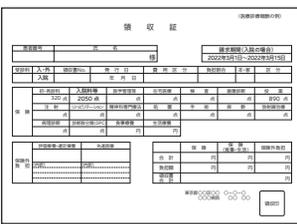
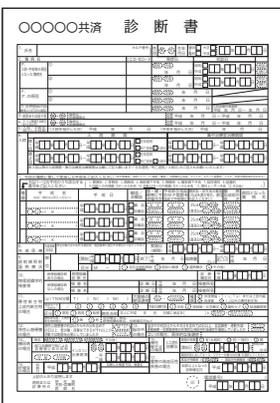
給付金種類	客観資料(添付資料)
<ul style="list-style-type: none"> ●入院給付金 ●入院支援給付金 	<p><input type="checkbox"/> 領収書</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院期間(入院日、退院日等)が客観的に確認できる医療機関発行の領収書等のコピー
<ul style="list-style-type: none"> ●三大疾病入院給付金 ※「疾病入院給付金」の倍額を給付する給付金 	<p><input type="checkbox"/> 領収書 および <input type="checkbox"/> 入院診療計画書等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院期間(入院日、退院日等)が客観的に確認できる医療機関発行の領収書等のコピー ・がん、急性心筋梗塞、脳卒中等の病名が記載されている医療機関発行の入院診療計画書等のコピー
<ul style="list-style-type: none"> ●手術給付金 	<p><input type="checkbox"/> 領収書 および <input type="checkbox"/> 診療明細書</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手術を受けたことが客観的に確認できる医療機関発行の領収書等のコピー ・手術名等が客観的に確認できる医療機関発行の診療明細書のコピー <p>※外来・入院中を含みます ※ご加入内容を確認のうえ、治療支援給付特約の「外来手術給付金」のみ請求の場合は右欄「●外来手術給付金」を確認ください</p>
<p>〈治療支援給付特約 ご加入者限定〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ●外来手術給付金 ●外来放射線治療給付金 	<p><input type="checkbox"/> 領収書</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来手術、外来放射線治療を受けた日が客観的に確認できる医療機関発行の領収書等のコピー(治療を受けた日の療養に係る診療(調剤)報酬点数が記載されたもの) <p>※治療支援給付特約の「外来手術給付金」「外来放射線治療給付金」のみ請求の場合 ※治療支援給付特約以外の「手術給付金」も請求の場合は左欄「●手術給付金」を確認ください</p>
<ul style="list-style-type: none"> ●集中治療給付金 	<p><input type="checkbox"/> 診断書</p> <ul style="list-style-type: none"> ・傷病名・入院期間(入院日・退院日等)・集中治療室治療期間(開始日・終了日等)の治療状況詳細が確認できる医師の署名または押印のある診断書のコピー
<ul style="list-style-type: none"> ●先進医療給付金 	<p><input type="checkbox"/> 診断書 および <input type="checkbox"/> 領収書</p> <ul style="list-style-type: none"> ・傷病名・先進医療技術名等の治療状況詳細が確認できる医師の署名または押印のある診断書のコピー ・先進医療の治療を受けた日および先進医療の技術に係る費用が客観的に確認できる医療機関発行の領収書等のコピー

上記以外の保険金・給付金についてはご利用できません

▲ 領収書等のイメージは  を参照ください。

▲ 医療機関発行の領収書・診療明細書等の保険者番号および被保険者等記号・番号、二次元コードはマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください。

客観資料の例

領収書・診療明細書・入院診療計画書等 (いずれもコピー可)	(所定外) 診断書コピー
 <p>治療状況報告書をご利用される場合に添付いただく客観資料です。</p>  	 <p>治療状況報告書をご利用される場合に添付いただく客観資料です。</p> <p>▲ 当社所定外(他社)の診断書コピーもご利用できます。 (支払可否が判断できない場合は当社所定の診断書の提出をお願いする場合があります。)</p>

▲ ご請求される給付金種類により、添付いただく客観資料が異なります。詳細は上記 1 をご確認ください。

2 治療状況報告書の記入について

治療状況報告書

医師による証明は不要です

DC 3583
リストNO 135

①署名欄

当報告書の使用にあたり、「記入のご案内」を確認し、以下のことについて了承のうえ請求します。
 ● 記載内容に相違ないことを確認し、万一事実と異なることが判明した場合は、給付金が支払われず、また、既に支払われた給付金があるときはこれを返還すること
 ● 添付書類(医療機関発行の領収書や入院診療計画書・診療明細書等、または病院発行の貴社所定の診断書コピー等)について支払可否が判断できない場合は貴社所定の診断書を提出すること
 ● 治療を受けられた病院または診療所に、貴社が不明点等を確認すること

令和 04年 03月 31日 受取人 **若葉 実里** 被保険者との続柄 **本人**

②記載事項

被保険者名 **若葉 実里** 性別 **男** 生年月日 **05年04月02日**

傷病名 **肺癌** 左記傷病の原因 **病気の発症**

初診日 **03年12月01日** 発症日または事故日 **03年10月31日**

③添付書類

給付金種類 入院給付金 入院支援給付金 三大疾病入院給付金 手術給付金 外来手術給付金 集中治療給付金 先進医療給付金

添付書類 領収書 領収書 入院診療計画書等 領収書 診療明細書 領収書 診断書 領収書 診断書

④入院

入院期間 平成 04年 03月 01日 ~ 平成 04年 03月 15日

⑤手術

手術名 **胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術** 部位 左 右 手術日 **04年03月02日**

⑥放射線・温熱療法

放射線照射 [開始日] **04年03月10日** ~ [終了日] **04年03月28日**
 温熱療法

①署名欄

記載内容を確認のうえ、記入日・署名欄・被保険者との続柄を受取人が必ず記入ください。

②記載事項

被保険者名：治療を受けた方の氏名・性別・生年月日を記入ください。

傷病名：医療機関で発行された書類などを確認のうえ、正確に記入ください。

▲手術・検査名ではありません。

左記傷病の原因：「傷病名」のその原因がある場合に病名を記入ください。(不明の場合は記入不要です。事故の場合は必ず記入ください。)

③添付書類

ご加入いただいている契約内容を確認のうえ、給付金種類に応じた添付書類をご準備ください。

④入院

領収書等を確認のうえ、正確に記入ください。

⑤手術

手術名：診療明細書を確認のうえ、正確に記入ください。

部位：右、左または両方に該当する手術の場合はチェックしてください。

⑤-1 不慮の事故を原因とした入院で、入院期間中に「抜釘術」「瘻管形成術」を受けられた場合はチェックしてください。

⑥放射線・温熱療法

施術開始日から60日の間に1回まで給付できます。

3 領収書・診療明細書をご提出の場合は、給付金種類に応じて①～⑬の記載をご確認ください。

▲医療機関発行の領収書・診療明細書等の保険者番号および被保険者等記号・番号、二次元コードはマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください。

入院給付金・入院支援給付金・三大疾病入院給付金

見本 領収証 (医療診療報酬の例)

① 請求期間(入院の場合) 2022年3月1日~2022年3月15日

② 氏名 様

③ 入院

診療科	初・再診料	320点	入院料等	2050点	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	890点
保険	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療			
	病理診断	診断計分類(DPC)	食事療養	生活療養						

保険外負担	評価療養・選定療養	先進医療	保険 (健康・生活)	保険外負担
合計	円	円	円	円
負担額	円	円	円	円
領収書合計	円	円	円	円

東京都〇〇区〇〇 〇〇-〇〇-〇〇 〇〇病院 領収印

チェック

- ① 入院期間(入院日および退院日)が記載されていますか。
- ② 入院した場合、「入院」と記載されていますか。
- ③ 入院した場合、「入院料等」に点数の記載がありますか。

● 医療機関(病院または診療所)から発行された領収書

三大疾病入院給付金

見本 入院診療計画書

(患者氏名) **若葉 実里** 様

2022年 3月 1日

6 主治医以外の担当者名

病名 **肺癌**

7 (主治医氏名) **明安 一郎**

(本人または家族)

チェック

- ④ 患者氏名は記載されていますか。
- ⑤ 作成日は記載されていますか。
- ⑥ 三大疾病(がん、急性心筋梗塞、脳卒中)の病名が記載されていますか。
 ※がんには「平成31年4月2日以降に診断確定された子宮頸部等の中等度異形成」、「骨髓異形成症候群」、「慢性骨髓増殖性疾患」、「本態性(出血性)血小板血症」などを含みます。
 ※〇〇がんの疑い、狭心症、一過性脳虚血発作などは三大疾病に含まれません。
- ⑦ 主治医の自署、または、押印がありますか。

- 医療機関(病院または診療所)から発行された入院診療計画書等

先進医療給付金

見本 領収証 (医療診療報酬の例)

8 請求期間 2022年2月1日

9 評価療費・選定療費 先進医療 750,000円

受診料	入・外	外来	領収書NO.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
初・再診料	320点	入院料等			在宅医療			
注射	点	リハビリテーション			検査			
物理診断	点	診断分類(DPC)			画像診断			
		食事療養			投薬			
		生活療養						

保険外負担	保険	保険(自費・生活)	保険外負担
合計	円	円	円
負担額	円	円	円
徴収額			円
合計			円

東京都〇〇区〇〇 〇〇〇病院 〇〇〇〇〇〇 領収印

チェック

- ⑧ 先進医療の場合、治療を受けた日が記載されていますか。
- ⑨ 先進医療の場合、技術にかかる費用が記載されていますか。

- 医療機関(病院または診療所)から発行された領収書

手術給付金

手術給付金(領収書)

見本 10 領 収 証

患者番号 氏 名 様

請求期間
2022年3月1日～2022年3月15日

受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	
320点	点	点	点	点	点	890点	
注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療	
点	点	点	点	60,170点	点	5,140点	
病理診断	診断群分類(DPC)	食事療養	生活療養				
点	点	円	円				

評価療養・選定療養	先進医療	保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
(内訳).....	(内訳).....	円	円	円
		合計		
		円	円	円
		負担額		
		円	円	円
		領収書		
		合計		
		円	円	円

東京都〇〇区〇〇 〇〇〇〇病院 〇〇〇〇 領収印

● 医療機関(病院または診療所)から発行された領収書

チェック

- 10 領収書と診療明細書をお持ちですか。
- 11 手術を受けた日が請求期間内に含まれていますか。
- 12 手術・放射線治療・温熱療法を受けた場合、「手術」・「放射線治療」に点数の記載がありますか。

⚠ 手術を受けられた場合でも入院期間が5日以内の場合は短期滞在手術等基本料として算定され、「入院料等」にのみ点数の記載があるケースがありますが、領収書もそのままご提出ください。

手術給付金(診療明細書)

見本 10 診 療 明 細 書

患者番号 氏 名 様

発行日 年 月 日

区分	項目名	点数	回数	自費金額
手術	* 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 メソコパノラジウム キシロカインビスカス2% ガスチーム 20.000単位	1g 5g 1包	60,170	1

● 医療機関(病院または診療所)から発行された診療明細書

チェック

- 13 手術名が記載されていますか。

⚠ 複数枚ある場合は全てご提出ください。

外来手術・外来放射線治療給付金

見本 領 収 証 (医療診療報酬の例)

患者番号 氏 名 様

請求期間
2022年2月20日

受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	
320点	点	点	点	点	点	890点	
注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療	
点	点	点	点	2,050点	点	1,750点	
病理診断	診断群分類(DPC)	食事療養	生活療養				
点	点	円	円				

評価療養・選定療養	先進医療	保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
(内訳).....	(内訳).....	円	円	円
		合計		
		円	円	円
		負担額		
		円	円	円
		領収書		
		合計		
		円	円	円

東京都〇〇区〇〇 〇〇〇〇病院 〇〇〇〇 領収印

● 医療機関(病院または診療所)から発行された領収書

チェック

- 14 外来手術または外来放射線治療を受けた日が記載されていますか。
- 15 入院を伴わない手術等の場合、「外来」と記載されていますか。
- 16 外来手術または放射線治療を受けた場合、治療を受けた日の療養に係る診療(調剤)報酬点数(手術料または放射線治療料等)が記載されていますか。

(別紙様式3) 領 収 証 (調剤報酬の例)

患者番号 氏 名 様

請求期間
2019年 2月20日

受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
調剤技術料	薬学管理料	薬剤料	特定保険医療材料料				
420点	点	1360点	570点				

評価療養・選定療養	先進医療	保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
(内訳).....	(内訳).....	円	円	円
		合計		
		円	円	円
		負担額		
		円	円	円
		領収書		
		合計		
		円	円	円

東京都〇〇区〇〇 〇〇〇〇病院 〇〇〇〇 領収印

● 薬局から発行された領収書
外来手術給付金の請求に際し、医療機関(病院または診療所)に通院した際に発行された処方せんに基づき、薬局で薬の処方を受けた場合の調剤報酬点数も診療報酬点数に加算されますので、あわせて提出ください。

※各領収書等の見本は一例です。発行する医療機関等により、記載内容やフォーマットが異なる場合があります。

(2) 受取人がお亡くなりの場合

以下の書類もあわせてご提出ください。(いずれもコピーでの提出可)

各契約の保険金・給付金が500万円以下の場合、受取人が2名以上であっても代表受取人おひとりからの請求手続きも可能ですので、その場合、代表受取人が受取人のひとりであることが判明する戸籍をご提出ください。

① 配偶者がいる場合

順位	受取人	必要となる戸籍等(重複する内容は省略できます)
第1	配偶者と子どものとき	①被保険者の婚姻当初から現在までの連続した戸籍謄本 ②配偶者の現在の戸籍謄本(抄本)または住民票 ③子どもそれぞれの現在の戸籍謄本(抄本)または住民票
第2	配偶者と父母のとき	①被保険者の婚姻当初から現在までの連続した戸籍謄本(※) ②配偶者の現在の戸籍謄本(抄本)または住民票 ③両親それぞれの現在の戸籍謄本(抄本)または住民票
第3	配偶者と兄弟姉妹のとき	①被保険者の婚姻当初から現在までの連続した戸籍謄本(※) ②配偶者の現在の戸籍謄本(抄本)または住民票 ③被保険者の両親の婚姻当初から現在までの連続した戸籍謄本 ④兄弟姉妹それぞれの現在の戸籍謄本(抄本)または住民票

② 配偶者がいない場合

順位	受取人	必要となる戸籍等(重複する内容は省略できます)
第1	子どものとき	①被保険者の婚姻当初から現在までの連続した戸籍謄本 ②子どもそれぞれの現在の戸籍謄本(抄本)または住民票
第2	父母のとき	①被保険者の出生当初から現在までの連続した戸籍謄本(※) ②両親それぞれの現在の戸籍謄本(抄本)または住民票
第3	兄弟姉妹のとき	①被保険者の両親の婚姻当初から現在までの連続した戸籍謄本 ②兄弟姉妹それぞれの現在の戸籍謄本(抄本)または住民票 ③被保険者の出生当初から現在までの連続した戸籍謄本(※) ④祖父母の死亡日の記載のある戸籍謄本(抄本)または住民票

(※)の戸籍の取得により子どもがいたことが確認できた場合、子どもの死亡日の記載のある戸籍謄本(抄本)または住民票が必要となります。

住民票は「続柄」がわかるもので本籍地記載のないものをお願いします。

(3) 受取人が記入できず代筆いただく場合

以下の書類もあわせてご提出ください。

必要書類	ご説明
受取人の戸籍謄本(抄本) または住民票	<ul style="list-style-type: none"> ●発行後6ヵ月以内のものをご提出ください。(コピーでの提出可) ●住民票の場合は本籍地記載のないものをお願いします。 ●各契約の保険金・給付金が500万円以下の場合は省略できます。
手続代行者の印鑑証明書	<ul style="list-style-type: none"> ●発行後6ヵ月以内のものをご提出ください。(コピーでの提出可)
代筆通知書	<ul style="list-style-type: none"> ●当社所定の用紙をご提出ください。

(4) 指定代理請求者から請求いただく場合 (代理請求者を指定している場合)

以下の書類をご提出ください。

必要書類	ご説明
指定代理請求についての事情届	● 当社所定の用紙をご提出ください。
指定代理請求についての確認書	
指定代理請求者の印鑑証明書	● 発行後6ヵ月以内のものをご提出ください。(コピーでの提出可) ● 各契約の保険金・給付金が500万円以下の場合には省略できます。

指定代理請求者が被保険者の戸籍上の配偶者、直系血族、兄弟姉妹、3親等以内の親族の場合は、以下の書類もあわせてご提出ください。

必要書類	ご説明
指定代理請求者の戸籍謄本 または住民票	● 被保険者と指定代理請求者の続柄が確認できる指定代理請求者の戸籍謄本または住民票(続柄記載のあるもの) ● 発行後6ヵ月以内のものをご提出ください。(コピーでの提出可) なお住民票は本籍地記載のないものをお願いします。

指定代理請求者が内縁の夫・妻、同性パートナー、3親等外の親族、財産管理人の場合は、以下の書類もあわせてご提出ください。

代理請求者	必要書類(被保険者と代理請求者の関係を示す書類)
内縁の夫・妻	● 「未届の夫・妻」等と記載があり、かつ被保険者と同居していることが確認できる世帯全員の「住民票」(続柄記載のあるもの) ● 発行後6ヵ月以内のものをご提出ください。(コピーでの提出可) 本籍地記載のないものをお願いします。
3親等外の親族	● 被保険者と指定代理請求者の続柄が確認できる「戸籍謄本」および被保険者と同居していることが確認できる世帯全員の「住民票」(続柄記載のあるもの) ● 発行後6ヵ月以内のものをご提出ください。(コピーでの提出可) なお住民票は本籍地記載のないものをお願いします。
同性パートナー	● 地方自治体により発行された「パートナー証明書等」および被保険者と同居していることが確認できる世帯全員の「住民票」(続柄記載のあるもの) ● 発行後6ヵ月以内のものをご提出ください。(コピーでの提出可) 本籍地記載のないものをお願いします。
財産管理人	● 被保険者と指定代理請求者の財産管理委任契約が有効であることが確認できる「財産管理契約書」

代理請求特約が付加されていない契約につきましては、以下の書類もあわせてご提出ください。

必要書類	ご説明
被保険者の住民票または健康保険被保険者証コピー(注※)	同居している場合:世帯全員の住民票(続柄記載のあるもの) 同居していない場合:健康保険被保険者証のコピー(注※) (カード式の場合は被保険者と(指定)代理請求者それぞれのカードのコピー(注※)および被保険者と(指定)代理請求者の続柄が判明する戸籍謄本(抄本)) ● 住民票・戸籍謄本は発行後6ヵ月以内のものをご提出ください。(コピーでの提出可) なお住民票は本籍地記載のないものをお願いします。

(注※) 保険者番号および被保険者等記号・番号、二次元コードはマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください

(5) 受取人以外の口座に送金する場合

以下の書類もあわせてご提出ください。

必要書類	ご説明
受取人の印鑑証明書	● 発行後6ヵ月以内のものをご提出ください。(コピーでの提出可) ● 各契約の保険金・給付金が500万円以下の場合には省略できます。

① 署名欄

当報告書の使用にあたり、「記入のご案内」を確認し、以下のことについて了承のうえ請求します。

- 記載内容に相違ないことを確認し、万一事実と異なることが判明した場合は、給付金が支払われず、また、既に支払われた給付金があるときはこれを返還すること
- 添付書類(医療機関発行の領収書や入院診療計画書・診療明細書等、または病院発行の貴社所定外の診断書コピー等)について支払可否が判断できない場合は貴社所定の診断書を提出すること
- 治療を受けられた病院または診療所に、貴社が不明点等を確認すること

令和 年 月 日

受取人

※受取人が未成年などの場合は、親権者(後見人)がご署名ください。

被保険者
との続柄

② 記載事項

被保険者名 (治療を受けた方)	性別		男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
※受取人と被保険者が異なる場合は必ずご記入ください。					
傷病名	左記傷病の原因	病気の場合 ※「傷病名」のその原因がある場合に病名をご記入ください。 事故の場合(転倒等) ※不慮の事故が原因の場合には「受傷状況報告書」をあわせてご提出ください。			
初診日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	発症日 または 事故日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

③ 添付書類

給付金種類に応じて、添付書類(いずれもコピー可)のご提出をお願いします。詳細は「記入のご案内」を参照ください。

給付金種類	●入院給付金 ●入院支援給付金	●三大疾病入院給付金	●手術給付金 手術(外来・入院時) ※外来・入院中を含みます ※治療支援給付特約の「外来手術給付金」のみご請求の場合は右欄となります	<治療支援給付特約ご加入者限定> 外来手術・外来放射線	●集中治療給付金	●先進医療給付金
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書等(*1)	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書(*2)	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 診断書	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診断書

(*1) 医療機関発行の傷病名記載のある書類 (※2) 複数枚ある場合は全てご提出ください

④ 入院

④、⑤-1へ ④へ ⑤、⑥へ ⑤もしくは⑥へ 以下、記入不要

入院期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	～	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	～	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	～	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

⑤ 手術

手術名は、診療明細書を確認のうえ正確にご記入ください。

手術名	部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	手術日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 両方				
手術名	部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	手術日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 両方				
手術名	部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	手術日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 両方				

⑤-1

不慮の事故が原因で入院期間中に以下の手術を受けられた場合のみ、該当の手術にチェックしてください。

抜釘術
 抜釘術 [骨を固定するために使われたボルト・プレート・鋼線等を取り出すための手術]
 瘢痕形成術 [熱湯や手術等による傷痕の凹凸やひきつれ等を目立たなくするための手術]

⑥ 放射線・温熱療法

放射線照射
 温熱療法

[開始日] 平成 令和 年 月 日 ~ [終了日] 平成 令和 年 月 日

※当会社所定の診断書を提出の場合は当報告書の提出は不要となります。

↑切り取り線(ミシン目)をこえて、いねいに切り離してください。

