

治療内容報告書【総合医療保険（団体型）用】

医師による証明は不要です。受取人ご本人がご記入ください。

『治療内容報告書【総合医療保険（団体型）用】』による請求にあたって』を確認のうえご記入いただき、医療機関発行の領収証のコピー（※）を添えてご提出ください。

※領収証に健康保険証の記号・番号、保険者番号の記載がある場合は、抹消（黒塗り）してください。

なお、提出内容から支払可否が判断できない場合には、当社所定の「入院・手術・3大疾病等診断書（証明書）」を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。

日本生命保険相互会社 行

記載事項は事実に相違ありません。なお、以下に同意するとともに、提出した書類の返却を求めません。

- ①記載事項について、日本生命が必要に応じて病院（診療所）に対し事実の確認を実施すること
- ②記載事項が事実と相違する場合には、給付金を受取ることができない場合があること
- ③後日、記載事項が事実と相違していることが認められた場合には、正当な支払額にて精算を行うこと

記入日	(和暦)	年	月	日
-----	------	---	---	---

受取人 (自署)	(フリガナ)
-------------	--------

治療内容記入欄（入院期間は領収証等から転記してください。）

1	傷病者氏名 (入院・手術をされた方)	(フリガナ)	性別	生年月日								
			男性 女性	昭和 令和 平成	年	月	日					
2	傷病名	※具体的な病名、けがの名称をご記入ください（例：胃潰瘍・左手首の骨折等）										
3	初診日	平成 令和	年	月	日							
4	入院期間	1回目入院	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	
		2回目入院	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	
5	病院または診療所	病院または診療所の名称	病院 診療所		科							
		所在地										
		電話番号	()	—								
		医師氏名	医師									

手術給付金を請求する場合は、以下もご記入ください。（総合医療保険（団体型）のみが対象です。）

1枚の領収証に手術1回分のみの医科診療報酬点数（手術料）の記載がある場合にのみ、当用紙にて請求いただけます。

『治療内容報告書【総合医療保険（団体型）用】』による請求にあたって』を確認のうえ、手術給付金の支払対象となる手術の場合にご記入ください。

6	手術	手術日	平成 令和	年	月	日		
		正式手術名					手術部位	左 右 両側



a 2 3 2 4 2 4 0 1 . a



「治療内容報告書【総合医療保険（団体型）用】」の記入例

○「治療内容報告書」をご記入いただく際は、別紙『治療内容報告書【総合医療保険（団体型）用】』による請求にあたって』を必ず確認のうえ、受取人ご本人がご記入ください。

■項目①～⑥について

- ① 「治療内容報告書」の記入日をご記入ください。
- ② 受取人氏名を受取人ご本人がご記入ください。
- ③ 傷病者の氏名・性別・生年月日をご記入ください。
- ④ 傷病名をご記入ください。
- ⑤ ○領収証に記載されている入院期間をご記入ください。
○2回入院されている場合は、各々の入院が30日以内、または給付金額が10万円以下であれば1枚の『治療内容報告書』で請求いただけます。
ただし、各々の入院期間を証明する領収証のコピーの提出が必要です。
- ⑥ 領収証に記載されている名称等をご記入ください。

■誤って記入された場合の訂正
二重線で抹消のうえ、正当内容をご記入ください。

治療内容報告書【総合医療保険（団体型）用】

医師による証明は不要です。受取人ご本人がご記入ください。
 「治療内容報告書【総合医療保険（団体型）用】」による請求にあたって』を確認のうえご記入いただき、医療機関発行の領収証のコピー（※）を添えてご提出ください。
 ※領収証に健康保険証の記号・番号、保険者番号の記載がある場合は、抹消（黒塗り）してください。
 なお、提出内容から支払可否が判断できない場合には、当社所定の「入院・手術・3大疾病等診断書（証明書）」を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。

日本生命保険相互会社 行

記載事項は事実と相違ありません。なお、以下に同意するとともに、提出した書類の返却を求めません。
 ①記載事項について、日本生命が必要に応じて病院（診療所）に対し事実の確認を実施すること
 ②記載事項が事実と相違する場合には、給付金を受取ることができない場合があること
 ③後日、記載事項と相違していることが認められた場合には、正当な支払額にて精算を行うこと

記入日 (和暦) 令和3年 5月 8日

受取人 (フリガナ) ニッセイ タロウ
 (自署) ② 日生 太郎

治療内容記入欄（入院期間は領収証等から転記してください。）

1	傷病者氏名 (入院・手術をされた方)	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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	性別	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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	生年月日	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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
2	傷病名	④ 胃潰瘍				
3	初診日	⑤ 3年 4月 1日				
4	入院期間	⑤ 1回目入院 3年 4月 1日 ~ 3年 4月 7日				
		⑤ 2回目入院 3年 4月 11日 ~ 3年 5月 6日				
5	病院または診療所の名称	⑥ ○○ 消化器 科				
	所在地	大阪府大阪市中央区今橋3-X-X				
	電話番号	(●●●●-●●●●●●●●)				
	医師氏名	○○ 一郎				医師

手術給付金を請求する場合は、以下もご記入ください。（総合医療保険（団体型）のみが対象です。）
 1枚の領収証に手術1回分の2の医科診療報酬点数（手術料）の記載がある場合にのみ、当用紙にて請求いただけます。
 「治療内容報告書【総合医療保険（団体型）用】」による請求にあたって』を確認のうえ、手術給付金の支払対象となる手術の場合にご記入ください。

6	手術日	⑦ 3年 4月 13日
	正式手術名	⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
	手術部位	⑧ 胃



日本生命保険相互会社 団体保険支払サービス課 (2021.9) K21-142

■項目⑦⑧(手術内容記入欄)について

- 総合医療保険（団体型）のみ取扱可能です。
- 手術給付金をご請求される場合にのみご記入ください。
- (※あわせて、手術欄に点数または金額の記載がある領収証のコピー(※)の提出が必要です。)
- ※領収証に健康保険証の記号・番号、保険者番号の記載がある場合は、抹消（黒塗り）してください。

■ご注意ください

- 加入 [※] から2年以内の病気による手術については当用紙では請求いただけません。
- 当社所定の「入院・手術・3大疾病等診断書（証明書）」をご提出ください。
- [※] 加入とは、責任開始日（増額責任開始日を含む）のことをいいます。

⑦ 手術日および正式手術名を「手術同意書」、「手術計画書」等から転記してください。

⑧ 手術部位を「手術同意書」「手術計画書」等から転記してください。複数ある部位については「左・右・両側」についても「○」印をつけてください。
 ※記入がない場合は、あらかじめ当社より確認を行う場合がございます。

「治療内容報告書【総合医療保険(団体型)用】」による請求にあたって

「治療内容報告書」と「医療機関発行の領収証のコピー」をあわせてご提出いただくことで、当社所定の診断書による証明に代えて入院給付金・手術給付金を請求できる場合があります。

治療内容報告書

+

医療機関発行の領収証のコピー

1. 「治療内容報告書」による請求ができる条件をご確認ください。

○以下(1)～(3)をすべて満たす場合に「治療内容報告書」で請求いただけます。

(1) 入院・手術(注1)についての給付金請求である

(注1)一部お支払の対象外となる手術があります。
詳細は裏面の「3.お支払の対象外となる手術
についてご確認ください。」をご参照ください。

(2) 入院期間・手術料の記載がある医療機関発行の領収証を持っている

(3) 「当社所定の診断書による請求となる場合」のチェック項目のいずれにもあてはまらない

当社所定の診断書による請求となる場合		チェック欄	一つでも該当する場合は当社所定の診断書が必要となります。
入院 について	以下ア・イの両方に該当する。 ア. 31日以上継続して入院をした。 イ. 給付金額が10万円超である。	<input type="checkbox"/>	
	請求時点で入院中である。	<input type="checkbox"/>	
手術 について	1回の入院中に手術を2回以上受けた。	<input type="checkbox"/>	
	先進医療または放射線治療を受けた。	<input type="checkbox"/>	
治療の時期 について	病気を原因として、加入から2年以内に入院・手術をした。 (注2)(注3)	<input type="checkbox"/>	

(注2) 加入とは責任開始日(増額責任開始日を含む)のことをいいます。

(注3) 不慮の事故を原因とした入院・手術は、加入から2年以内でも「治療内容報告書」でご請求いただくことが可能です。

上記(1)～(3)をすべて満たす場合は裏面をご確認ください。



2. 医療機関発行の領収証について、以下の記載があることをご確認ください。

【領収証（イメージ）】

- A** 傷病者の氏名
- B** 医療費の請求期間(入院期間)
請求期間の欄に医療費の請求期間(入院期間)の記載がある
- C** 手術料(点数または金額)
手術(点数または金額)の欄に手術料の記載がある
- D** 医療機関名

患者番号		氏名		請求期間			
1234567		日生 太郎 様		〇〇年 4月 1日～〇〇年 4月 7日			
診療料	入・外	領収証No.	費用区分	負担割合	本・家	区分	
保険	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
	点	点	点	点	点	点	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	1280点	点	点
保険外	先進医療						
			〇〇〇〇病院 〒123-4567 〇〇県〇〇市△△1丁目2番3号 TEL 012-345-6789				

※労災保険や自賠責保険の対象となる場合等、健康保険の適用外となるため領収証に手術料（点数または金額）の記載がない場合は、当社所定の診断書での請求となります。

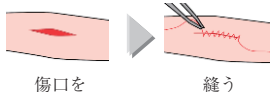
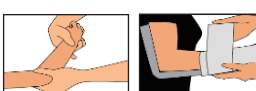
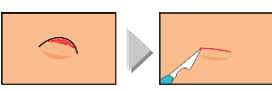
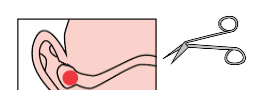
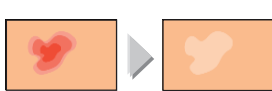
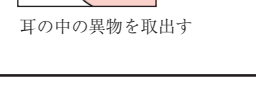
※受けられた手術によっては、「手術」欄に手術料（点数または金額）の記載がなく、「入院料等」欄に短期滞在手術基本料として記載される場合があります。その場合は、手術名の記載のある診療報酬明細書のコピーをご提出いただくか、当社所定の診断書での請求となります。

※領収証に健康保険証の記号・番号、保険者番号の記載がある場合は抹消（黒塗り）してください。

3. お支払の対象外となる手術についてご確認ください。

- 以下①～⑦の手術は手術給付金のお支払の対象外となります。
- 受けられた手術が以下①～⑦の手術にあてはまらないことをご確認ください。

＜正式な手術名がわからない場合＞
 病院にお問合せいただくか、医療機関が発行する「手術同意書」または「診療明細書」でご確認ください。

	手術名	手術例	手術イメージ		手術名	手術例	手術イメージ
①	(そうしょうじょり) 創傷処理	切り傷等の傷口を縫いあわせた。		④	骨・軟骨または関節の非観血的または徒手的な整復術・整復固定術および授動術	(脱臼等の治療で)皮膚の上から手や器具を使って骨や関節のズレ等を元に戻した。(骨折等の治療で)メスを使わずに添え木やギブス等で固定した。	
②	(ひふせつかいじゆつ) 皮膚切開術	皮膚等にできた膿瘍(のうよう=うみ)を、皮膚切開して体外に出した。		⑤	外耳道異物除去術	耳や鼻の中から異物を専用の器具で取出した。	
③	デブリードマン	損傷(壊死等)した組織や傷口の異物等を除去してきれいにした。		⑥	鼻内異物摘出術	耳の中の異物を取出す	
				⑦	抜歯手術	虫歯や親知らずを抜いた。	