

7100



入院・手術・3大疾病等診断書(証明書)



a 3 3 3 4 2 1 0 1 + a

日本生命保険相互会社 行

1. 氏名	カルテ番号	性別	男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/>	生年月日	大正 平成 昭和	年 月 日	ケガの場合 以下に該当する場合は2項(7)欄に傷病名を記入ください。 骨折 ※病的骨折・軟骨骨折を含まない 関節脱臼 ※先天性・反復性・習慣性脱臼 および半月板損傷・断裂を含まない 腱の断裂 ※靭帯の断裂・損傷を含まない	
2. (ア)入院(手術)等の契機となった傷病名	傷病発生年月日(受傷・発病年月日)	昭和 平成	年 月 日					
(イ)その原因	昭和 平成	年 月 日						
(ウ)入院中に治療を行った合併症(入院加療の必要あり)	昭和 平成	年 月 日						
3. 悪性新生物の場合	今回以前に悪性新生物の既往がありますか?	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	※「はい」の場合は、以下に病名と診断時期を記入ください。		昭和 平成	年 月 日		
病理組織診断	診断確定日	昭和 平成	年 月 日	本人への悪性告知有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	「有」の場合、告知日を記入ください。	昭和 平成	年 月 日
	病理組織診断名	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	※病理組織診断「有」の場合は、以下の欄は記入不要。診断確定方法および結果の概要(複数選択可)		浸潤癌 大腸の場合、組織学的浸透深度 SM以降	M	cTNM分類 T() N() M()	今回の悪性新生物の区分 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/>
	※	現在までの治療内容および今後の治療方針(複数選択可)		現在までの治療 今後の治療方針				
4. 急性心筋梗塞の場合	急性心筋梗塞を発病し、初めて医師の診療を受けた日からその日を含めて60日以上、労働制限を必要とする状態(軽い家事等の軽労働や事務等の就業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態)が継続していましたか?	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>						
5. 脳卒中の場合	脳卒中を発病し、初めて医師の診療を受けた日からその日を含めて60日以上、言語障がい・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか?	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	「はい」の場合、後遺症を記入ください。					
6. 治療期間	初診	昭和 平成	年 月 日					
	入院期間	第1回目	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	退院(転院含む) <input type="checkbox"/>	死亡退院 <input type="checkbox"/>	転科 <input type="checkbox"/>		
	第2回目	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	退院(転院含む) <input type="checkbox"/>	死亡退院 <input type="checkbox"/>	転科 <input type="checkbox"/>			
3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」を記入ください。(入院中の場合は「現在入院中」と付記ください。)								
7. 上記第2項の傷病に関して実施した手術(持続ドレーナージ・エタノール注入療法・腹腔灌漑も含まれます。)	※医師診療報酬点数表において一連の治療過程に連続して施行「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄に全ての手術日を記入ください。別表から選択し記入ください。							
手術	診療報酬点数区分	(A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z)	手術名	手術日	平成 年 月 日	手術種類	(ア~フ) (ア~イ)	(①~④)
	備考	3回目以降の手術があれば診療報酬点数区分・手術名・手術日・手術種類・手術内容等を記入ください。						
8. 先進医療	技術名	(施術日)平成 年 月 日	※厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所にて行われたものに限りです。(届出の有無を問いません。)					
9. 前医または紹介医	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	医療機関名	(受療期間)平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
10. 放射線治療および悪性新生物温熱療法	照射内容	部位	総線量	Gy Bq				
	区分	M	体外照射 <input type="checkbox"/> 定位照射(含むIMRT) <input type="checkbox"/> 温熱療法 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/>					
	期間	(開始)平成 年 月 日 ~ (終了)平成 年 月 日						
11. 通院治療	通院年月	平成 年 月 日	合計日数	上記2項の傷病に関わる退院後の通院治療日に○印を記入ください。(往診日は含み、通院予定日は除きます。)				
		平成 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					
		平成 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					
		平成 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					
		平成 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					
		平成 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					
12. 意思能力	物事の意味を理解・判断し、それに基づいて意思表示を行うことができないと思われる場合は、○印をつけてください	できない <input type="checkbox"/>						
上記のとおり証明します。平成 年 月 日								
所在地		平成 年 月 日						
病院または診療所の名称		電話番号		(標榜科またはご専門)		印		
				医師氏名				

お願い ①点線の部分はいずれかに○印をつけてください。②追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記・訂正箇所を証明印による訂正印を押印してください。

全国町村等職員任意医療保険「事故状況報告書」記入見本

- 事故による死亡・高度障がい、入院・手術を請求される場合に提出してください。
- 記入箇所を訂正される場合は二重線で抹消し、正当な内容を記入してください。

A 【記入日】

- ・記入された日付を記入ください。

B 【記入者・受傷された方との続柄】

- ・受傷された方が記入ください。
- ・受傷された方が死亡・重傷または未成年で記入できない場合は、ご親族または事故を証明できる方が記入ください。

C 【受傷者氏名・職業・仕事の内容】

- ・受傷者の方の内容を記入ください。受傷者氏名はフリガナも記入ください。

D 【事故状況・事故原因】

- ・事故の状況・原因について詳細に記入ください。
- ・交通事故の場合、必ず事故状況図を記入ください。

E 【交通事故の場合】

- ・運転中の場合、免許証の有無、飲酒の有無を○表示ください。
- ・免許証「有」の場合は、免許証の内容を記入ください。

交通事故証明書について

交通事故による場合、自動車安全運転センター発行の交通事故証明書のコピーを提出ください。ただし、入院給付金のみの請求で入院日数20日未満かつ退院後の請求の場合は省略可です。



日本生命保険相互会社 行

事故状況報告書

a 33360101-a

記入日 平成 △ 年 ○ 月 × 日

記入者 (自署) 全国 花子

受傷された方との続柄 (本人)

※受傷された方が記入ください。重傷または未成年で記入できない場合は、親族または事故を証明できる方が記入ください。

フリガナ 花子

受傷者氏名 全国 花子

平成 △ 年 × 月 ○ 日

事故発生日時 午後 △ 時 ○ 分

職業(勤務先) 会社員

事業発生場所 〇〇県 △△郡

〇〇市 ××町 〇〇1 路上

仕事の内容 営業

事故状況・事故原因

×月○日 〇〇交差点で出来いがしらに衝突した。

事故状況図 (交通事故の場合は必ず図示ください。)

〇〇交差点

目撃者 町村 梅子

住所 〇〇県 △△郡 〇〇町 ××1-1

免許証番号 〇〇〇〇〇〇

取得年月日 平成 ××年 △月 ×日

有効期限 平成 ××年 △月 ×日まで有効

運転していた車種

大型	中型	小型	軽	原	自	二	種	車	種
〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
大	中	小	軽	原	自	二	種	車	種
〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇

運転していた車種

〇〇〇〇番 400cc以下 125cc以下 原 自 二 種 車

〇〇〇番 自動二輪車 付 属

警察への届出 済 (特) 車 警察に届出所の場合は、「交通事故証明書」もご提出ください。

(a) 事実を詳細に記入ください。事故内容が不明な場合は、別途お問い合わせください。

(b) 交通事故の場合は記入してください。(該当箇所を○をつけてください)

(c) 業務上の事故で下記に該当される場合は、記入ください。(該当箇所を○をつけてください)

労働保険の状況

〔有〕 労災 〇

〔有〕 労災補償 〇

〔有〕 労災給付金 〇

全国町村等職員任意生命保険「死亡1号様式の1」記入見本

- 被保険者が任意生命保険の死亡保険金受取人を指定、変更する場合は「**A**」に記入します。
- 被保険者に記入いただく箇所は次の8箇所です。「**B**」被保険者氏名(カタカナ) **C** 変更後受取人の人数 **D** 被保険者生年月日 **E** 死亡保険金受取人氏名(カタカナ)
- 続柄コード** **K** 詳細続柄 **L** 受取割合
 - * 生年月日の年号・続柄コードは「死亡保険金受取人指定書」面で確認ください。
- 記入内容を訂正される場合は二重線で抹消し、訂正印(上部の被保険者印と同一のもの)を押印のうえ正當な内容を記入してください。
- 記入項目は黒ボールペンではっきりと記入してください。(鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。)

(第11号様式の1)

A 支店 団体コード 枝番 被保険者番号・家族区分
 全国町村会長 殿 123456700 10000

B 加入団体発注日 平成 〇〇年 〇月 〇日
 加入団体名 全国町村役場

C 被保険者記入日 平成 〇〇年 〇月 〇日
 代表者名 町長 ****

D 死亡保険金受取人氏名(カタカナ)
 一カ方名を明記しマスを塗りつぶしてください
 (電話番号:1-2 姓:3-4 姓:5-6 姓:7-8 姓:9-10)

E ニッセイ処理欄
 変更後受取人の人数 2

F カード処理欄
 番号 01 02 03 04 05
 年 〇〇 〇 7 〇 7
 月 〇 〇 7 〇 7
 日 4

G ニッセイ処理欄
 変更後受取人の人数 2

H 被保険者生年月日
 年 〇 〇 月 〇 〇 日

I 死亡保険金受取人氏名(カタカナ)
 一カ方名を明記しマスを塗りつぶしてください
 (電話番号:1-2 姓:3-4 姓:5-6 姓:7-8 姓:9-10)

J 続柄コード
 01 02 03 04 05

K 詳細続柄
 01 02 03 04 05

L 受取割合
 01 02 03 04 05

日本生命保険相互会社

- A** 支店・団体コード・枝番・被保険者番号・家族区分
 ・当欄は団体記入欄となります。正當な内容を記入してください。
- B** 加入団体発注日
 ・当欄は団体記入欄となります。当帳票を発送された日を記入してください。
- C** 被保険者記入日
 ・被保険者記入日は記入された日となります。
- D** 加入団体名・代表者名・届出印
 ・加入団体名(加入団体長または担当責任者名(役職名))・届出印はお届けいただきました「加入団体長または担当責任者使用印鑑届出書(第3号様式)」の内容にて記入・押印ください。
- E** 被保険者氏名(カタカナ)
 ・被保険者の氏名をカタカナで記入のうえ、印鑑を押印ください。
- F** 変更後受取人の人数
 ・指定する「受取人の人数」を記入ください。
 ・1名の場合も「1」と記入ください。
- G** ニッセイ処理欄
 ・ニッセイ処理欄の記入は不要です。
- H** 被保険者生年月日
 ・被保険者ご自身の生年月日を記入ください。
 * 受取人の生年月日ではありませんので、受取人を複数指定される場合は、全て同一の生年月日となります。
- I** 死亡保険金受取人氏名(カタカナ)
 ・指定する「死亡保険金受取人氏名」をカタカナで記入ください。
 ・姓名間は1マス空けて記入ください。
 (濁点についても1マス使用してください)

K 詳細続柄
 ・死亡保険金受取人氏名欄に個人名を記入し、続柄コードを「その他...9」とする場合は、詳細続柄に、被保険者との関係を記入ください。
 (例) 孫

J 続柄コード
 ・帳票に記載のある続柄コードを記入ください。

L 受取割合
 ・(割合)は合計で100%となるように指定ください。