

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。	今回の悪性新生物の区分
	病理組織診断名	※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、組織学的浸潤深度	SM以深 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	cTNM分類 T() N() M()
	選択 方法	結果概要	現在までの治療内容および今後の治療方針(複数選択可)				
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庶業はできるが、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)	死亡退院	転科	
	第2回目	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	退院(転院含む)	死亡退院	転科		
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。)	診療報酬点数区分	手術名	手術日	平成 年 月 日	手術種類	(ア~フ)	(①~④)
	手術	手術日	平成 年 月 日	手術種類	(ア~フ)	手術内容	(①~④)
	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	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	定位照射(含むIMRT)	温熱療法	その他	
	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		(標榜科またはご専門)		印			
医師氏名							

お願い ①点線の部分封筒は必ず封入し、封筒のうへうへに提出してください。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「治療内容報告書」記入見本

○以下条件に該当の場合、治療内容報告書と入院・手術の事実を証する書類(領収書のコピー)で請求できます。

- (ア) 入院給付金
 - ・ 入院日数が30日以下、または給付金額が10万円以下であること。
 - ・ すでに退院していること。
- (イ) 手術給付金
 - ・ 病気による入院の場合、加入(※)から2年経過後の入院であること。
 - ・ 受けられた手術が1回のみであること。
 - ・ 1枚の領収証に1回分の手術料が算定され、医科診療報酬点数(手数料)の記載があること。
 - ・ 病気による手術の場合、加入(※)から2年経過後の手術であること。
 - ・ 病気による手術の場合、加入(※)加入とは、責任開始日(増額責任開始日を含む)のこともいいます。

A 【記入日】

- ・ 「治療内容報告書」の記入日を記入してください。

平成 24 年 5 月 8 日

B 【受取人】

- ・ 受取人氏名を受取人ご本人が記入ください。

受取人(自署) 全国 太郎

C 【傷病者氏名】

- ・ 傷病者の氏名・性別・生年月日を記入ください。

傷病者氏名(フリガナ) 全国 太郎
 傷病者氏名(ローマ字) 全国 太郎

D 【傷病名】

- ・ 傷病名を記入ください。

傷病名 胃潰瘍

E 【入院期間】

- ・ 領収証に記載されている入院期間を記入日を記入してください。
- ・ 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書のコピー提出が必要です。

1回目入院(初診日) 平成 24 年 5 月 8 日
 2回目入院 平成 24 年 5 月 8 日

F 【入院時の病院または診療所】

- ・ 領収証に記載されている名称等を記入日を記入ください。

病院または診療所 消化器科

G 【正式手術名】

- ・ 手術日および正式手術名を「診療報酬明細書」等から転記ください。

手術日 平成 24 年 5 月 8 日

H 【手術部位】

- ・ 手術部位を「診療報酬明細書」等から転記ください。複数ある部位については「左・右・両側」についても「O」を付けてください。
- ※記入がない場合は、あらためて当社より確認させていただく場合がございます。

正式手術名 内視鏡的出血性胃潰瘍焼灼術

□誤って記入された場合の訂正
二重線で抹消のうえ、正答内容を記入ください。

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「転記のうえ記入」を希望する場合は、医師の署名と捺印を提出していただく必要があります。また、提出内容から支給可否が判断できない場合には、当社指定の「入院・手術・3次検診診断書(証明書)」を提出いただく必要があります。

日本生命保険相互会社
 記載事項は事前に確認ありません。なお、以下に所求するともに、提出した書類の返却を求めません。
 ①記載事項について、日本生命が必須に応じて病院(診療所)に対し事実の確認を実施すること
 ②記載事項が、相違する場合、給付金を受取ることでない限り、給付金の請求を拒否すること
 ③後日、事実と相違していることが認められた場合は、正当な支払額にて精算を行うこと

記入日 平成 24 年 5 月 8 日

受取人(自署) 全国 太郎

治療内容記入欄 (入院期間は領収証等から転記ください)

1	傷病者氏名(フリガナ)	全国 太郎	性別	男性	生年月日	平成 24 年 5 月 8 日
2	傷病名	胃潰瘍	属性(傷病)	正式(傷病)	主治(傷病)	
3	初診日	平成 24 年 5 月 8 日	属性(傷病)	正式(傷病)	主治(傷病)	
4	入院期間	平成 24 年 5 月 8 日 ~ 平成 24 年 5 月 8 日	属性(傷病)	正式(傷病)	主治(傷病)	
5	入院時の病院または診療所	消化器科	属性(傷病)	正式(傷病)	主治(傷病)	
6	手術日	平成 24 年 5 月 8 日	属性(傷病)	正式(傷病)	主治(傷病)	

手術給付金を請求する場合は、以下も記入ください。(総合医療保険(団体型)のみが対象です)
 ①傷病者氏名(フリガナ) 全国 太郎
 ②傷病名 胃潰瘍
 ③手術日 平成 24 年 5 月 8 日
 ④正式手術名 内視鏡的出血性胃潰瘍焼灼術
 ⑤手術部位 胃

手術日	平成 24 年 5 月 8 日
正式手術名	内視鏡的出血性胃潰瘍焼灼術
手術部位	胃

日本生命保険相互会社 団体型保険サービス課 K12-377
 9/77/MJ/2012000130

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。

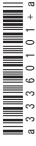
交通事故証明書について

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

※受傷された方が記入ください。
 死亡・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。

A 記入日 平成 △ 年 ○ 月 X 日

記入者 (自署) **全国 花子**

フリガナ 花子 職業 (勤務先) **会社員**

B 受傷者氏名 **全国 花子** **C** 仕事の内容 **営業**

平成 △ 年 X 月 ○ 日 事故発生場所 **〇〇県 △△郡**

△時 △分 △〇秒 〇〇町 X X 路

C 事故発生日時 〇〇時 〇〇分

受傷された方との続柄 (本人)

事故状況・事故原因

D X月〇日 〇〇交差点で出来いがしらに衝突した。

事故状況図 (受傷者の車 ◀▶ 相手の車)

〇〇交差点

(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。

目撃者 **町村 梅子** 住所 **〇〇県 △△郡 〇〇町 X X 1-1**

免許証番号 〇〇〇〇〇〇

取得年月日 平成 X X 年 △ 月 X 日

有効期限 平成 X X 年 △ 月 X 日まで有効

免許の種類

普通	大型	中型	小型	特殊
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

運転していた車種

大型	中型	小型	特殊
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

警察への届出 (特・急・急) 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。

(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)

