

治療内容報告書【総合医療保険（団体型）用】



当報告書とあわせて『総合医療保険（団体型）給付金請求書』と医療機関発行の『領収証のコピー』をご提出ください。
請求前に、必ず『「治療内容報告書」による請求にあたって』をご確認のうえ、ご記入ください。

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。以下に同意して請求します。

- ①記載事項について、日本生命が必要に応じて病院等に事実の確認をすること
- ②記載事項が事実と相違する場合は、給付金を受取れない場合があること
また、後日上記事実が判明した場合には、正しい支払金額にて精算を行うこと
- ③日本生命が必要と認めた場合は、別途所定の診断書等を提出すること

請求人 (自署)	(フリガナ)

■傷病内容記入欄

傷病者名	(フリガナ)		生年月日	
(入院・手術等 をされた方)			(和暦)	年 月 日
傷病名	※具体的な病気、けがの名称をご記入ください（例：胃潰瘍・左手首の骨折等）			
けが・事故 の場合	けがをした日（事故発生日）（和暦） 年 月 日			
	I. あてはまるものがある場合、レ点チェックしてください ☐ 飲酒運転中の事故 ☐ 5メートル以上の高所（例：建物の3階相当部分）からの転落 ☐ 自分の意思（故意）によるもの ☐ 無免許運転中の事故		II. 事故の状況を詳細にご記入ください【必須】	
初診日	(和暦) 年 月 日			
病院名 (診療所名)	病院 診療所 科			

■入院内容記入欄（請求する場合はご記入ください）

※入院期間の年月日は領収証から転記してください

入院 期間	入退院日	(和暦) 年 月 日 ~ (和暦) 年 月 日	入院中	退院して いない場合、 ○印をつけて ください
	入退院日	(和暦) 年 月 日 ~ (和暦) 年 月 日	入院中	
	入退院日	(和暦) 年 月 日 ~ (和暦) 年 月 日	入院中	

■手術内容記入欄（請求する場合はご記入ください）

※「正式手術名」は、診療報酬明細書等から転記してください

※1回の入院中に2回以上手術された場合は所定の診断書をご提出ください（外来手術の2回以上であれば当資料で請求可能です）

手術	手術日	(和暦) 年 月 日	正式手術名	
	手術日	(和暦) 年 月 日	正式手術名	
	手術日	(和暦) 年 月 日	正式手術名	

■放射線治療内容記入欄（請求する場合はご記入ください）

放射線治療 ・ 悪性新生物 温熱療法	※「治療開始日」 および 「治療終了日」 がわかる領収証をご提出ください		あてはまるものにレ点 チェックしてください ☐ 放射線治療 ☐ 温熱療法
	【治療開始日】 (和暦) 年 月 日 ~	【治療終了日】 (和暦) 年 月 日	



日本生命保険相互会社

団体保険支払サービス課 R7.9 K25-009