

受取人様

マニユライフ生命保険株式会社
保険金部

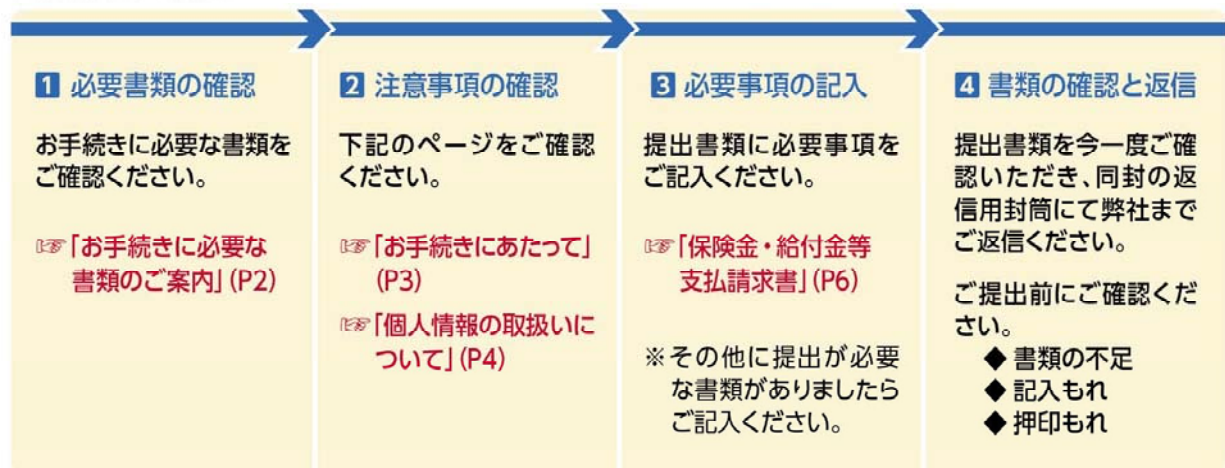
保険金・給付金等請求お手続きのご案内

拝啓

このたび、被保険者様のご逝去の趣を承り、謹んでお悔やみ申し上げます。
つきましては、保険金・給付金等のご請求に必要な書類をご案内いたしますので、
お取り揃えのうえ、ご提出くださいますようお願い申し上げます。

敬具

書類提出の流れ



お問合せ先 受付時間/月~金曜日 9時~17時 (祝日および12月31日~1月3日は休業とさせていただきます)

マニユライフ生命 コールセンター **0120-063-730**

変額年金・投資型商品についてのお問合せ

マニユライフ生命 変額年金/投資型商品カスタマーセンター **0120-925-008**

UD FONT

見やすいユニバーサルデザインフォントを採用しています。

返送不要

お手続きに必要な書類のご案内

ご提出いただく書類	原本	コピー	ご留意点	ご提出前にご確認ください
保険金・給付金等 支払請求書	●		記入例をご参照のうえ必要事項を記入・押印してください。 ※受取人様欄には法人名・代表者役職・代表者氏名を記入（ゴム印可） してください。	<input type="checkbox"/>
保険証券 または年金証書	●		請求契約の保険証券（または年金証書）をご提出ください。 ※紛失された場合は、「保険金・給付金等支払請求書」の「保険証券 （年金証書）紛失届」欄に紛失された契約の種類・証券（証書）番号を 記入し、印鑑証明書印を押印してください。 あわせて、印鑑証明書を必ずご提出ください。	<input type="checkbox"/>
死亡証明書または 死亡診断書または 死体検案書	●		同封の死亡証明書を医療機関等に提出し、証明いただってください。 監察医等が発行した死体検案書でもお取扱い可能です。 ※下記の場合は任意書式の死亡診断書（コピー）死体検案書（コピー）可 ○契約（復活）から2年経過後の死亡 ○ご請求金額が500万円以下	<input type="checkbox"/>
事業保険契約 請求確認書	●		法人の従業員の方が被保険者様である場合には、当社所定用紙をご提出 ください。	<input type="checkbox"/>
被保険者様の 「住民票」または 「戸籍謄（抄）本」	●	●	被保険者様の死亡日が確認できるものをご提出ください。 ※「住民票」の場合は続柄記載のあるもの	<input type="checkbox"/>
法人の「印鑑証明書」 および「登記簿謄本」	●	●	法人の「印鑑証明書」および「登記簿謄本」をご提出ください。 ただし、以下の条件を全て満たす場合は省略可能です。 ①保険証券（または年金証書）の提出がある ②会社届出事項（代表者・会社組織・商号・届出印）に変更がない ③ご請求金額が1000万円以下	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

※ご留意点をご確認いただき該当する場合は下記の書類もご提出ください

ご提出いただく書類	原本	コピー	ご留意点	ご提出前にご確認ください
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

公的証明書（戸籍謄本（抄本）、住民票、印鑑証明書）につきましては《公的証明書のご提出について》(P3)をご覧ください。

公的証明書のご提出について

- 公的証明書(戸籍謄本(抄本)、住民票、印鑑証明書)は、**発行日から6ヶ月以内のもの**をご提出ください。
- 戸籍謄本(抄本)等の本籍地が記載された証明書をご提出される場合は、お手数ですが**本籍地は判読できないように黒く塗りつぶしたうえで**ご送付ください。判読可能な場合は、**受理後、弊社にて黒く塗りつぶさせていただきます。**
- 住民票をご提出される場合は**住民票コード・マイナンバー(個人番号)**が記載されていないものをご提出ください。記載されている場合は、**受理後、弊社にて判読できないように黒く塗りつぶさせていただきます。**
- ご提出いただきました書類は返却いたしません。

お手続きにあたって確認・同意いただく内容について

1. 受取人様(被保険者様または被保険者様の親族様等)は、別紙「**個人情報の取扱いについて**」(P4)を確認・同意のうえご請求ください。
2. ご提出いただきましたご請求書類等にて保険金・給付金等のお支払い、ご契約のご継続・維持管理等の判断をいたしかねるときには、**事実の確認をさせていただく場合があります。**この場合、請求対象者の健診・診療等に従事した医師または医療機関等関係先が当社または当社が委託した者に対し、請求対象者の健診・診療等に関して知り得た事実を提供すること、およびその証として当社が請求書類等の写しを医師または医療機関等関係先に交付または提示することがあります。
また、事実の確認を実施する場合には、お支払い等の決定までにお時間がかかることがあります。
3. 支払事由日後に発生した引出予約または年金による支払金が、契約者様または年金受取人様の口座に入金している場合、通常の死亡給付金(死亡一時金)額より引出予約または年金による支払金額を差し引いた差額をお支払いします。
4. 年金(月払)受取の選択が可能な請求で年金(月払)受取を選択した場合の次回以降の送金口座は、今回ご指定いただいた口座となります。

※代表受取人様をご請求される場合は、受取人様全員が上記について確認・同意のうえご請求ください。

受取方法の指定について

- 保険証券をご確認いただき下記の契約(特約)に該当する場合は、**保険金・給付金等支払請求書(P6)**の「**④受取方法の指定**」欄にて受取方法を指定してください。

年金受取の対象	月払給付金受取の対象
①収入保障特約 ②年金払定期保険特約 ③子ども保険の育英年金 ④新総合保障保険 ⑤無配当年金特約が付加された無配当終身保険 ⑥無配当年金特約が付加された変額保険I型(有期型) ⑦無配当年金特約が付加された無配当外貨建終身保険 ※年金受取は円建支払のみです。	①(非喫煙者)家族収入保障特約 ②特定疾病収入保障特約 ③無配当無解約返戻金型家族収入保障保険 ※一部一括受取の場合、月払受取部分の月払給付金額をご指定ください。 ただし、月払給付金額は①・③については5万円、②については3万円をそれぞれ下回る金額の指定はできません。
受取方法	受取方法
一括受取 または 年金受取	一括受取 または 月払受取 または 一部一括受取

- 受取人様が遺族年金特約(*1)を付加できるご契約(*2)について、年金受取を希望される場合、別途「**特約付加請求書**」をご提出いただく必要があります。
ご請求に必要な書類を提出される前に**弊社変額年金/投資型商品カスタマーセンター 0120-925-008**へお問い合わせください。

*1 遺族年金特約/新遺族年金特約/遺族年金特約A型

*2 変額個人年金保険/通貨選択型個人年金保険I型(保険種類等によっては付加できない場合がございます。)

お客様の個人情報のお取扱いについて

1. 個人情報の利用目的および機微情報(*1)のお取扱いについて

- マニユライフ生命は、個人情報の取扱いに関する指針を定め、お客様からご信頼いただける保険会社として、個人情報の適法かつ公正な方法による収集・利用、および適正な管理を通じてその正確性と機密性の保持に努めています。
- マニユライフ生命の個人情報の保護に関する方針(プライバシーポリシー)については、マニユライフ生命ホームページの「個人情報保護方針」をご覧ください。
- 個人情報の利用目的は下記のとおり、マニユライフ生命の商品・サービスを提供させていただくために必要な範囲に限定しています。また、お客様より個人情報を収集させていただきます際は、同目的を達成するために必要とする最小限の範囲といたします。
 - ・ 各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い
 - ・ 関連会社・提携会社を含む各種商品やサービスの案内・提供、ご契約の維持管理
 - ・ マニユライフ生命の業務に関する情報提供・運営管理、商品やサービスの充実
 - ・ その他保険に関連・付随する業務
- お客様の身体・健康状態等に関する機微情報は、上記利用目的の範囲内で、ご本人の同意のもとに取得・利用し、特に保護が必要とされる情報として厳重に管理します。なお、取得した機微情報を業務上必要かつ適切な範囲に限定してご契約者・受取人・募集関係者・事務担当者等に開示する場合があります。お申込みいただいたご契約が成立しなかった場合や、解約、保険期間満了など保険契約消滅後も、お客様からいただいた情報は所定の期間、マニユライフ生命が保管保存しますが、上記利用目的以外に利用することはありません。
- なお、機微情報には、マニユライフ生命がすでに取得・管理しているものも含まれます。

(*1) 要配慮個人情報を含みます。

2. 個人情報の第三者への提供について

【業務委託先または第三者への個人情報の取得依頼や提供】

- マニユライフ生命は、業務上必要な範囲内で、嘱託医、生命保険面接士、契約確認会社、国内外の外部情報処理業者・再保険会社(*2)等に個人情報の取得依頼または提供を行なうことがあります。

【再保険会社への個人情報の提供】

- マニユライフ生命は、引受リスクを適切に分散するために、お引受けした保険契約の保険金支払いの一部を再保険会社に引受けてもらう再保険を行なうことがあります。この場合、再保険会社における当該保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い等のために、再保険の対象となるご契約の特定に必要なご契約者の個人情報のほか、被保険者の氏名、性別、生年月日、保険金額等のご契約内容に関する情報、および健康状態に関する情報など当該業務遂行に必要な個人情報を再保険会社に提供することがあります。

(*2) 再々保険以降の出再を含みます。

3. 個人情報の共同利用について

- マニユライフ生命は、お客様の保険契約等に関する所定の情報を一般社団法人生命保険協会(以下、「協会」といいます。)に登録し、協会および協会加盟の他の各生命保険会社等の特定の者と下記情報交換制度により共同して利用しています。詳細はマニユライフ生命ホームページの「個人情報保護方針」をご覧ください。

<契約内容登録制度・契約内容照会制度>

マニユライフ生命は、協会、協会加盟の他の各生命保険会社および全国共済農業協同組合連合会(以下、「各生命保険会社等」といいます。)とともに、保険契約もしくは共済契約等(以下、「保険契約等」といいます。)のお引受けの判断または保険金もしくは給付金等(以下、「保険金等」といいます。)のお支払いの判断の参考とすることを目的として、保険契約等に関する所定の情報(契約者および被保険者の氏名、死亡保険金額、入院給付金日額、契約日、取扱会社名等)を協会に登録しています。協会に登録された情報は、同じ被保険者について保険契約等のお申込みがあった場合または保険金等のご請求があった場合、協会から各生命保険会社等に提供され、各生命保険会社等において前述の目的のため利用されることがあります。

<支払査定時照会制度>

マニユライフ生命は、協会、協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会(以下、「各生命保険会社等」といいます。)とともに、お支払いの判断または保険契約もしくは共済契約等(以下、「保険契約等」といいます。)の解除、取消もしくは無効の判断(以下、「お支払い等の判断」といいます。)の参考とすることを目的として、「支払査定時照会制度」にもとづき、マニユライフ生命を含む各生命保険会社等の保有する保険契約等に関する(1)被保険者の氏名、生年月日、性別、住所(2)保険事故発生日、死亡日、入院日、退院日、対象となる保険事故(照会を受けた日から5年以内)(3)保険種類、契約日、復活日、消滅日、契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金受取人の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金額、各特約内容、保険料および払込方法等を共同して利用しています。

- マニユライフ生命は、マニユライフ・グループ(*3)として適切な経営管理・内部管理を遂行するため、お客様の保険契約等に関する個人情報をマニユライフ・グループ間で共同利用させていただくことがあります。

(*3) 外国にある会社を含みます。

保険金・給付金等支払請求書のご記入について

ご記入(印字)された内容を訂正される場合は、受取人様のご請求印を押印のうえ訂正してください。

① 証券番号
他にもご請求対象の契約がございましたら、枠内にご記入ください。

② 請求日
請求書記入日をご記入ください。

③ 受取人
別紙「お手続きにあたって確認・同意いただく内容について」(P3)、「個人情報の取扱いについて」(P4)を確認・同意の上、登記簿謄本上の法人名、役職および代表者名を記入・押印してください。
※印鑑証明書を提出される場合は、印鑑証明書を押印してください。

④ 保険証券を紛失された場合
保険証券または年金証書を紛失された場合は、その契約の種類一証券(証書)番号を記入し、法人の印鑑証明書を押印してください。
※印鑑証明書の提出が必要です。

⑤ ご指定の口座
法人名義の口座をご指定・ご記入ください。
※上記の「ご登録口座」欄に口座情報が記載されている場合で、その口座への送金を希望される場合は記入不要です。

Manulife 保険金・給付金等支払請求書
マニライフ生命保険株式会社 御中 (保険料払込免除申請書)

対象の保険約款の規定および別紙記載の「お手続きにあたって」(P3)、「個人情報の取扱いについて」(P4)に同意のうえ、保険金・給付金等の支払を請求します。

請求書記入欄 ※ご連絡をいただいた時点での情報を表示しております。

種類一証券番号(証券番号)	123—4567890	123—1234567	—	全	2
被保険者	初台 花子 様				
請求日	2015年2月15日				

請求書記入欄 ※印鑑証明書を提出される場合は印鑑証明書を押印

受取人	フリガナ マニライフコウギョウカブシキガイシャ 氏名(自署) マニライフ工業株式会社 代表取締役 初台 太郎 様
ご連絡先	(03 - 1234 - 5678)
受取人以外の方(お送り先のいずれかにチェック)をご記入ください	フリガナ 記入不要

保険証券(年金証書)を紛失された場合
上記契約の保険金・給付金等支払請求に際し、下記に記入した契約の保険証券(年金証書)を紛失したため、(印鑑証明書を添付)届出をいたします。なお、後日発見した時は貴社にお返しいたします。
[保険証券(年金証書)を紛失した契約: 123-4567890]

① 送金口座の指定 保険料振替口座の名義人様と受取人様が同一の場合のみ、受取人様名義の保険料引落口座を印字してあります。(一部を非表示)

ゆうちょ銀行以外の金融機関名	預金種目	口座番号	支店名
ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号	口座名義人

送金口座の指定 受取人様名義の口座をご指定ください。

ゆうちょ銀行以外の金融機関名	新宿	銀行	本店・支店名
預金種目	1. 普通 2. 当座	信用金庫 信用組合	初台支店
通帳記号	1 0	通帳番号	1

② 計算書等の送付先指定
請求書送付先 請求書を送付した住所を印字してあります。
〒151-0073 東京都渋谷区笹塚1-47-1
計算書等送付先 印字されている住所以外への送付を希望される場合は、「計算書等送付先」欄に住所をご記入ください。
フリガナ トウキョウト シンジュクク ニシシンジュク
〒160-0023 東京 新宿区西新宿 3-20-2
契約住所を変更する場合は、チェック☑してください。(受取人様が契約者様と同一の契約に限ります) →

③ 受取方法の指定 ※「受取方法の指定について」(P3)をご確認いただき、該当する場合のみご記入ください。

年金受取方法	1.一括受取	2.年金受取	
月払給付金受取方法	1.一括受取	2.月払受取	3.一部一括受取

取扱者コード: 000000 作成日: 2015.00.00 6/9 B0501ホ (201504) 10年保存

⑥ 計算書等送付先
計算書等の送付先をご指定・ご記入ください。
※上記の「請求書送付先」欄に記載されている住所への送付をご希望される場合は、記入不要です。

⑦ 受取方法の選択
「受取方法の指定について」(P3)をご確認いただき、該当する場合のみご指定ください。

お問合せ先 受付時間/月～金曜日 9時～17時 (祝日および12月31日～1月3日は休業とさせていただきます)

マニライフ生命 コールセンター 0120-063-730

変額年金・投資型商品についてのお問合せ マニライフ生命 変額年金/投資型商品カスタマーセンター 0120-925-008

返送不要

対象の保険約款の規定および別紙記載の「お手続きにあたって」(P3)・「個人情報の取扱いについて」(P4)に同意のうえ、保険金・給付金等の支払を請求します。

**必ずこの請求書をご提出ください
(コピーをしての使用はできません)**

請求契約情報 ※ご連絡をいただいた時点での情報を表示しております。

種類 — 証券番号 (証券番号)	—	—	—	全 件
被 保 険 者	様			

請求者記入欄 ※鉛筆・消せるボールペンは使用できません。

請求日 20 年 月 日

請求・同意欄	受 取 人	氏 名 フリガナ (自署) 様	印
	受取人以外の方 (右記①～⑤のいずれかに チェック☑をし、ご記入 ください)	ご連絡先 () <input type="checkbox"/> ①代筆者 <input type="checkbox"/> ②親権者 <input type="checkbox"/> ③後見人 <input type="checkbox"/> ④成年後見人 <input type="checkbox"/> ⑤指定代理請求人 受取人との続柄 ()	
	代筆理由(代筆の場合)	氏 名 フリガナ (自署) 様	印
保険証券(年金証書)を紛失 された場合	上記契約の保険金・給付金等支払請求に際し、下記に記入した契約の保険証券(年金証書)を紛失しましたので、(印鑑証明書添えて)届出をいたします。なお、後日発見した時は貴社にお返しいたします。 【保険証券(年金証書)を紛失した契約:]		印鑑証明書印 印

※印鑑証明書を提出される場合は印鑑証明書印

① 送金口座の指定 保険料振替口座の名義人様と受取人様が同一の場合のみ、受取人様名義の保険料引落口座を印字しております。(一部を非表示)

「送金口座の指定」欄に口座情報をご記入ください。

送金口座の指定 受取人様名義の口座をご指定ください。

ゆうちょ銀行以外の金融機関	金融機関名	銀行 労働金庫 信用金庫 農 協 信用組合	本店・支店名	
	預金種目	1.普通 2.当座 4.貯蓄 9.別段	口座番号	右詰でご記入ください カタカナでご記入ください
ゆうちょ銀行	通帳記号	1 0	通帳番号	右詰でご記入ください 1 様

② 計算書等の送付先指定

請求書送付先 請求書を送付しました住所を印字しております。

計算書等送付先 印字されている住所以外への送付を希望される場合は、「計算書等送付先」欄に住所をご記入ください。

フリガナ	都道 府県
T -	
契約住所を変更する場合は、チェック☑してください。(受取人様が契約者様と同一の契約に限ります) → <input type="checkbox"/>	

③ 受取方法の指定 ※「受取方法の指定について」(P3)をご確認いただき、該当する場合のみご記入ください。

年金受取方法	<input type="checkbox"/> 1.一括受取 <input type="checkbox"/> 2.年金受取
月払給付金受取方法	<input type="checkbox"/> 1.一括受取 <input type="checkbox"/> 2.月払受取 <input type="checkbox"/> 3.一部一括受取 → □□□,000円

事業保険契約請求確認書

受給者の自署・押印欄

私は、被保険者死亡により支払われる（あるいは支払われた）死亡退職金等の受給者として、下記保険金請求の内容を了知しました。

年 月 日

氏名



(被保険者との続柄：)

保険金受取人（法人）の記名・押印欄

【受給者の自署・押印欄】に自署・押印された方は、被保険者死亡により支払われる（あるいは支払われた）死亡退職金等の受給者であることを証明します。

万一、後日、本件に関して異議を申し立てる者があらわれたとしても、当方で責任をもって解決いたします。

年 月 日

法人名
代表者名



記

請求内容

種類-証券番号(証書番号)： _____ 号 被保険者： _____

死亡保険金： _____ 契約者および
保険金受取人： _____



1. 氏名	<input type="radio"/> 1.男性 <input type="radio"/> 2.女性		2. 生年月日	<input type="radio"/> 1.明治 <input type="radio"/> 2.大正 <input type="radio"/> 3.昭和 <input type="radio"/> 4.平成 <input type="radio"/> 5.令和	年 月 日	
3. 住所			4. 職業			
5. 死亡したとき	年 月 日		<input type="radio"/> 1.午前 <input type="radio"/> 2.午後	時 分		
6. 死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	<input type="radio"/> 1.病院 <input type="radio"/> 2.診療所 <input type="radio"/> 3.介護老人保健施設 <input type="radio"/> 4.助産所 <input type="radio"/> 5.老人ホーム <input type="radio"/> 6.自宅 <input type="radio"/> 7.その他				
	死亡したところ					
	種別1~5の施設の名称					
7. 死亡の原因	I	(ア)直接死因		発病(発症)又は受傷から死亡までの期間		
		(イ)(ア)の原因				
		(ウ)(イ)の原因				
		(エ)(ウ)の原因				
II	直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等					
	解剖	<input type="radio"/> 1.無 <input type="radio"/> 2.有	主要所見 ()			
8. 死亡の種類	<input type="radio"/> 1.病死および自然死					
	不慮の外因死 → (<input type="radio"/> 2.交通事故 <input type="radio"/> 3.転落・転倒 <input type="radio"/> 4.溺水 <input type="radio"/> 5.煙、火災及び火焰による傷害 <input type="radio"/> 6.窒息 <input type="radio"/> 7.中毒 <input type="radio"/> 8.その他)					
	その他及び不詳の外因死 → (<input type="radio"/> 9.自殺 <input type="radio"/> 10.他殺 <input type="radio"/> 11.その他及び不詳の死因)					
	<input type="radio"/> 12.不詳の死					
9. 外因死の追加事項	傷害が発生したとき	年 月 日	<input type="radio"/> 1.午前 <input type="radio"/> 2.午後	時 分	<input type="radio"/> 1.従業中 <input type="radio"/> 2.従業以外 <input type="radio"/> 3.不明	
	傷害が発生したところの種別	<input type="radio"/> 1.住居 <input type="radio"/> 2.工場及び建築現場 <input type="radio"/> 3.道路 <input type="radio"/> 4.その他()				
	傷害が発生したところ	都 道 市 区	府 県 郡 町 村			
	手段および状況					
10. 経過・治療内容等	死亡に直接関係のある既往症(発生年月日、傷病名、症状経過、医療機関名等)					
	今回の発病(受傷)から初診までの経過(発症年月日、前医・紹介医等)					
	前医・紹介医	<input type="radio"/> 1.なし <input type="radio"/> 2.あり	医療機関名	医師名	所在地	
	初診日	年 月 日				
	初診時の主訴・所見及びその後の経過・治療内容					

※ この線に合わせて1枚目を重ね、割り印を押印してください。

11. 入院	入院の原因 となった 傷病名		入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	上記以外に 入院治療を 要した 合併症		合併症の 入院治療 必要期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	集中治療 (ICU) 管理	<input type="checkbox"/> 1.救命救急医療 <input type="checkbox"/> 2.特定集中治療 <input type="checkbox"/> 3.小児特定集中治療 <input type="checkbox"/> 4.新生児特定集中治療 <input type="checkbox"/> 5.総合周産期特定集中治療		
12. 手術	手術日	年 月 日	手術名	公的医療保険制度対象 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1.K <input type="checkbox"/> 2.J (-)
	手術種類	<input type="checkbox"/> 1.開頭術 <input type="checkbox"/> 2.穿頭術 <input type="checkbox"/> 3.開胸術 <input type="checkbox"/> 4.胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 5.開腹術 <input type="checkbox"/> 6.腹腔鏡 <input type="checkbox"/> 7.ファイバースコープまたは血管バスケットカテーテル <input type="checkbox"/> 8.経皮的 <input type="checkbox"/> 9.経尿道的 <input type="checkbox"/> 10.経腔的 <input type="checkbox"/> 11.レーザー <input type="checkbox"/> 12.その他 ()		
	手術内容	◇ 筋骨関係手術の場合 … <input type="checkbox"/> 1.観血 <input type="checkbox"/> 2.非観血 ◇ 穿頭術の場合 … <input type="checkbox"/> 1.新たな穿頭 <input type="checkbox"/> 2.既存の穿頭孔 ◇ 手指・足指の手術でMP関節を含めて中枢側に … <input type="checkbox"/> 1.及ぶ <input type="checkbox"/> 2.及ばない ◇ 植皮術または筋皮弁術の場合 … <input type="checkbox"/> 1.25cm ² 以上 <input type="checkbox"/> 2.25cm ² 未満 ◇ 口腔内観血手術の場合、顎骨を … <input type="checkbox"/> 1.削った <input type="checkbox"/> 2.削らず		
13. 放射線・ 温熱療法	種類	<input type="checkbox"/> 1.体外照射 <input type="checkbox"/> 2.定位照射 <input type="checkbox"/> 3.温熱療法 <input type="checkbox"/> 4.小線源療法 <input type="checkbox"/> 5.内用療法 <input type="checkbox"/> 6.その他 ()		
	部位		照射量	Gy
	照射期間	年 月 日 ~ 年 月 日	公的医療保険制度対象 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1.M <input type="checkbox"/> 2.L (-)	
14. 先進医療	治療の 種類		特定承認医 療機関とな った承認日	年 月 日
	治療の 実施日	年 月 日	受療者が 支払った 「技術料」のみ	円
15. 悪性新生物 の場合	診断確定日	年 月 日	今回以前に悪性新生物の 既往があれば発生年月日と 傷病名	年 月 日
	病理組織 診断名		該当する悪性新生物の種類	<input type="checkbox"/> 1.上皮内癌・ 非浸潤癌 <input type="checkbox"/> 2.浸潤性・ その他
	(p) TNM 分類	1. T() 2. N() 3. M()	大腸癌の 深達度	<input type="checkbox"/> 1.M <input type="checkbox"/> 2.SM以深
	ステージ 分類	<input type="checkbox"/> 1. I <input type="checkbox"/> 2. II <input type="checkbox"/> 3. III <input type="checkbox"/> 4. IV <input type="checkbox"/> 5.なし		GISTの リスク評価
16. その他	(本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖、その他の事項)			
17. 死亡診断(死体検案)年月日	年 月 日			
上記のとおり証明する。				
本証明書発行年月日 年 月 日 所在地 病院または診療所等の名称 医師氏名				
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">印</div>				