

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

平素は格別のお引き立てを賜り厚くお礼申し上げます。


さて、先般お問い合わせいただきました、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

**動画で紹介**  書類提出の流れを **動画** でわかりやすくご紹介

一部端末・ブラウザでは再生できないことがあります。あらかじめご了承ください。



スマートフォン・タブレットからアクセス

STEP1	STEP2	STEP3	STEP4
<b>必要書類の確認</b>	<b>注意事項の確認</b>	<b>必要事項の記入</b>	<b>書類の確認と返送</b>
お手続きに必要な書類をご確認ください。	下記のページをご確認ください。	提出書類に必要な事項をご記入ください。	提出書類を今一度ご確認ください、同封の返信用封筒にて弊社までご返信ください。
「お手続きに必要な書類のご案内」→P2	「お手続きにあたって」→P3 「個人情報の取扱いについて」→P4	「保険金・給付金等支払(事前査定)請求書」→P6 <small>※その他に提出が必要な書類がありましたらご記入ください。</small>	ご提出前にご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 書類の不足 <input checked="" type="checkbox"/> 記入もれ <input checked="" type="checkbox"/> 押印もれ

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**

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受取人様の親権者（未成年後見人）様が記入・押印してください。 ※未成年後見人様がお手続きされる場合は送金先には後見用口座をご指定ください。	<input type="checkbox"/>
入院・手術・通院 証明書	●		同封の証明書を医療機関に提出し、証明いただってください。 ※災害入院給付金・手術給付金のみの請求の場合で、①または②のときは任意書式の診断書（コピー可）でもお取扱い可能です。ただし、退院後の請求に限ります。①入院日数が7日以下の入院 ②契約（復活）から2年経過後の、入院日数60日以下の入院・手術（先進医療を除く）	<input type="checkbox"/>
事故告知書	●		交通事故以外の場合も必ずご提出ください。記入例をご参照のうえ受傷された状況を可能な限り詳しくご記入ください。 また、新聞記事等その他に受傷状況を確認できるものがある場合には、あわせてご提出ください。	<input type="checkbox"/>
交通事故証明書コピー		●	自動車安全運転センター発行のもの（コピー可）をご提出ください。	<input type="checkbox"/>
親権者（未成年後見人）様の続柄確認書類	●	●	被保険者様の親権者が確認できる下記いずれか1つをご提出ください。 ①続柄の記載のある住民票 ②戸籍謄（抄）本 ③健康保険証コピー ※未成年後見人の場合は被保険者様の戸籍謄（抄）本をご提出ください。 ※ご請求契約の契約者または死亡保険金／給付金受取人が親権者様であり会社届出内容で続柄が確認できる場合は省略可能です。	<input type="checkbox"/>
				<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
親権者（未成年後見人）様の 印鑑証明書	●	●	ご請求金額が500万円を超える場合には親権者（未成年後見人）様の印鑑証明書をご提出ください。	<input type="checkbox"/>
先進医療受療時の 領収書等のコピー		●	先進医療給付金をご請求される場合は、所定の証明書に加えて先進医療にかかる技術料が確認できる領収書等コピーをご提出ください。	<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「**③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こ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、親権者(未成年後見人)様のご請求印を押印のうえ訂正してください。  
※給付金のみをご請求される場合、請求書③は記入不要です。

**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**  
親権者(未成年後見人)様が別紙「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、戸籍上の氏名を記入・押印してください。

**④ 親権者(未成年後見人)様が請求される場合**  
親権者(未成年後見人)様が署名・押印し、親権者(後見人)の項目にチェック☑、続柄をご記入ください。  
※印鑑証明書を提出される場合は、印鑑証明書印を押印してください。

**⑤ ご指定の口座**  
親権者様名義の口座をご指定・ご記入ください。  
※未成年後見人様の場合は、後見用口座をご指定ください。

**Manulife 保険金・給付金等支払請求書**  
マニユ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。

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)	123 - 4567890	123 - 1234567	全	2
被保険者	初台 花子 様				

請求書記入日 2015年2月15日

受取人

氏名(自署)	フリガナ	ハツダイ	ハナコ	種	初台
初台 花子					
ご連絡先	(03 - 0000 - 0000)				
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)	<input type="checkbox"/> ①代筆者 <input checked="" 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				
氏名(自署)	フリガナ	ハツダイ	イチロウ	種	初台
初台 一郎					

代筆理由(代筆の場合)

保険証券(年金証書)を紛失された場合

上記契約の保険金・給付金等支払に際しては、ご記入した契約の保険証券(年金証書)を紛失したため、(印鑑証明書を添えて)届出をさせていただきます。後日発見した時は貴社にお届けいたします。  
【保険証券(年金証書)を紛失した契約】

① 送金口座の指定 保険料振替口座の名義人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 印字された口座へ送金いたします。

ゆうちょ銀行以外 の金融機関	金融機関名	預金種目	口座番号	支店名	口座名義人
ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳記号	通帳記号	通帳記号	通帳記号
	新宿	普通	7654***	笹塚支店	ハツダイハナコ

上記口座以外への送金をご希望の場合は「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	預金種目	口座番号	支店・支店名	口座名義人(カナ)
ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳記号	通帳記号	通帳記号	通帳記号
	新宿	1. 普通 2. 当座 3. 定期 4. 貯蓄 5. 零利率	1234567	初台支店	ハツダイイチロウ

② 計算書等の送付先指定

請求書送付先 請求書を送りました住所を印字しております。

〒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 ニシシンジュク  
〒160-0023 東京 新宿区西新宿3-20-2 マンション駅前101

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。

年寄受取方法	1.一括受取	2.年金受取	
月給付金受取方法	1.一括受取	2.月給付金受取	000円

取振者コード: 000000 作成日: 2015.00.00 6/9 CB0501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 契約住所の変更**  
ご記入いただいた住所にご契約の登録住所を変更される場合はチェック☑をつけてください。(受取人様が契約者様の場合に限りです。)

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**



# 事故告知書

下記のとおり、事故状況を報告します。記載内容が事実と相違する場合には、保険金・給付金の支払等保険約款上の保障がなされないことに異議を申し立てません。また、必要があれば、貴社より事故および受傷状況について関係者、病院などに照会することに同意いたします。  
 被保険者様またはお受取人様をご記入ください。(被保険者様またはお受取人様が未成年のときは親権者様または後見人様をご記入ください。)

年 月 日  
 氏名 \_\_\_\_\_

**I 事故状況(事実をできる限り詳細にご記入ください。)\*交通事故以外の場合でもご記入が必要です。**

1	受傷者様氏名		年齢	歳
	ご職業	(勤務先)	(仕事の内容)	
2	発生日時	年 月 日	午前 午後	時 分頃 従業中・従業中外
	発生場所		飲酒	なし・あり⇔飲酒量( )
3	事故原因 及び 事故状況	事故現場略図		
		※新聞記事等があれば、ご提出ください。		
4	他社加入	あり ⇨ ( )生命 ( )生命 ( )生命 ・ なし かんぽ生命・損保・生協・農協・全労済・その他共済など( )		

**II 交通事故の場合には下欄にもご記入ください。**

5	事故時の状況	運転中〔車種( )cc〕・同乗中・歩行中・その他( )		
6	警察への届出	あり ⇨ ( )署	※届出ありの場合は、自動車安全運転センター発行の「交通事故証明書」もご提出ください。	
		なし ⇨ 理由( )		
7	道交法の違反	あり ⇨ 酒気帯運転・飲酒運転	スピード違反	その他
		・ なし 飲酒量( )	事故時( )km	( )

**III 「従業中」の事故の場合は次の証明(代表者、労災担当の責任者の証明)もお受けください。**

8	労災保険適用状況	加入	あり・なし	適用申請	あり・なし
9	上記のとおり従業中の事故であることを証明します。				
	住所 事業所名	証明者			(印)

※死亡・高度障害の場合は、「労働者死傷病報告書」の写しがあれば、ご提出ください。

# 事故告知書のご記入について

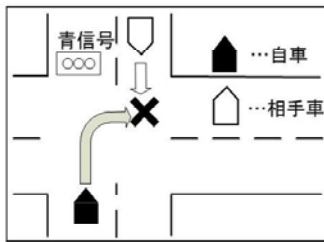
※ 交通事故以外(転倒やスポーツ中の事故等)の場合でも、ご提出ください。

被保険者様または受取人様をご署名ください。  
(被保険者様または受取人様が未成年の場合は、親権者様または後見人様をご署名ください。)

事故状況はできる限り詳細にご記入ください。  
記入事項の例:  
・どこで(具体的な場所)  
・何をしているとき  
・何が起こったため  
・身体どの部位を  
・どのように受傷した など

交通事故の場合は、事故現場の略図をご記入ください。  
交通事故以外の事故の場合は、省略いただいても構いません。

交差点内での他車との接触事故の場合の記入例



運転中・同乗中・歩行中・その他のいずれかを選択してください。  
※車種の記入例:  
(原付○○(車名))(50)ccなど

警察への届出有無をご記入ください。なお、届出がある場合は、この事故告知書の他に自動車安全運転センター発行の「交通事故証明書(コピー可)」をご提出ください。  
届出がない場合は、その理由をご記入ください。  
例: 自損事故だったため

業務中の事故の場合は、代表者または労災担当の責任者の証明をお受けください。なお、死亡・高度障害の場合は、「労働者死傷病報告書」のコピーがあれば、ご提出ください。

**Manulife**  
マニユライフ生命保険株式会社

## 事故告知書

下記のとおり、事故状況を報告します。記載内容が事実と相違する場合には、保険金・給付金の支払等保険約款上の保障がなされないことに異議を申し立てません。また、必要があれば、貴社より事故および受傷状況について関係者、病院などに照会することに同意いたします。  
被保険者様またはお受取人様がご記入ください。(被保険者様またはお受取人様が未成年のときは親権者様または後見人様をご記入ください。)

2016年 10月 1日 氏名 初台 太郎

**I 事故状況(事実をできる限り詳細にご記入ください。)** ※交通事故以外の場合でもご記入が必要です。

1	受傷者様氏名	初台 太郎	年齢	45 歳
	ご職業	(勤務先) 初台第一商事(株) (仕事の内容)		
2	発生日時	2016年 9月 10日 午前 7時 30分頃	就業中	<input checked="" type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 就業中
	発生場所	東京都新宿区西新宿3-20	飲酒	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 飲酒量( )
3	事故原因及び事故状況	新宿第三中学校の体育館でPTA活動でバレーボール練習に参加中、ジャンプしたところ、足元のボールの上に着地してしまい、足首をひねり転倒した。 ※新聞記事等があれば、ご提出ください。	事故現場略図	
4	他社加入	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( )生命 ( )生命 ( )生命 なし かんぽ生命・損保・生協・農協 <input checked="" type="checkbox"/> 全労済・その他共済など( )		

**II 交通事故の場合には下欄にもご記入ください。**

5	事故時の状況	運転中〔車種( )cc〕・同乗中・歩行中・その他( )
6	警察への届出	あり → ( )署 ※届出ありの場合は、自動車安全運転センター発行の「交通事故証明書」もご提出ください。 なし → 理由( )
7	道交法の違反	あり → 酒気帯運転・飲酒運転 スピード違反 その他 なし 飲酒量( ) 事故時( )km ( )

**III 「就業中」の事故の場合は次の証明(代表者、労災担当の責任者の証明)もお受けください。**

8	労災保険適用状況	加入	あり・なし	適用申請	あり・なし
---	----------	----	-------	------	-------

上記のとおり就業中の事故であることを証明します。

住所 事業所名 証明者 (印)

※死亡・高度障害の場合は、「労働者死傷病報告書」の写しがあれば、ご提出ください。

CB0509ホ(201610)原本-本社-10年保存



ご担当される先生へ

ご記入にあたってご留意いただきたい点をご一読の上、ご記入をお願い申し上げます。 マニユライフ生命保険株式会社

項目	ご記入にあたってご留意いただきたい点	備考	
2項	ア. 入院・手術等の原因となった傷病名	■原因となった傷病名が複数ある場合は、すべて記入してください。 ■傷病発生年月日はお分かりになる範囲で記入してください。(イ・ウ欄も同様です。)	■ICD10コードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます項目です。
	イ. アの原因	■アの原因となった傷病等があれば、すべて記入してください。	-
	ウ. ア、イ以外の傷病(合併症を含む)	■入院治療の必要があった傷病をすべて記入してください。 ■合併症に対する入院治療が必要であった期間を記入してください。	■保障内容や傷病によって給付金のお支払内容が異なる場合がございます。
3項	前医・紹介医	■アの前医または紹介医があれば、記入してください。	-
4項	既往症・持病	■2項「傷病」欄に関連しないものを含め、お分かりになる範囲で記入してください。	-
5項	治療期間	■アの傷病に関する最初の診察日を記入してください。(他科での診察を含みません。) ■アの傷病の治療状況を、治癒・継続・中止・転医から選択してください。 ■入院が3回以上ある場合は、診断書最下段余白に3回目以降の入院期間をご記入ください。 ■集中治療室で治療された場合は1～5のいずれかを選択のうえ、その期間をご記入ください。	-
6項	手術	■手術給付金のお支払対象となる場合がありますので、診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術はすべて記入してください。「内視鏡的止血」、「気管切開術」、「胃ろう造設術」等を行った場合も、もれなく記入してください。 ■診療報酬点数表において、一連の治療過程に連続して行い、「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄にすべての手術日を記入してください。 例) 網膜光凝固術、体外衝撃波結石破砕術 など ■以下のような処置等もあわせて記入してください。 例) 持続的腹腔ドレナージ、胸腔ドレナージ など ■手術が3回以上ある場合は、診断書最下段余白に3回目以降の手術についてご記入ください。	■公的医療保険制度の対象有無について有・無いいずれかをご選択ください。  ■Kコード・Jコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます項目です。
7項	先進医療	■貴院にて評価療養として認められている先進医療のみご記入ください。 ■受療者が支払った先進医療の技術料に対して給付金額が変わりますので、受療者が支払った先進医療の技術料のみをご記入ください。	-
8項	放射線・温熱療法	■種類を1～6から選択してください。「6.その他」は詳細を記入してください。 ■照射中の場合は、照射済みの範囲で記入してください。	■Mコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます項目です。
9項	頸部症候群または腰痛の場合の他覚症状	■外傷について画像所見(X-P、MRI、CT等)や、神経学的所見(筋力低下、知覚障害、腱反射の亢進や低下や消失等)の計測結果について記入してください。	-
10項	特定損傷	■「骨折」「関節脱臼」「腱の断裂」に該当する場合、いずれかをご選択のうえ、損傷部位を記入してください。 ■複数個所に及ぶ場合、すべての箇所について記入してください。 ■病的骨折(わずかな外力により骨折にいたるもの)および疾病を原因とする腱の断裂の場合、その原因と考えられる傷病名を記入してください。 ■関節脱臼の場合で、先天性脱臼または病的脱臼(わずかな外力によって脱臼にいたるもの)または反復性脱臼に該当する場合は、該当項目を選択してください。	■「骨折」…軟骨骨折は除きます。 ■「関節脱臼」…半月板損傷・断裂は除きます。 ■「腱の断裂」…靭帯の断裂・損傷は除きます。
11項	在宅医療	■該当する指導管理料の算定内容に○印をつけてください。 ■上記が算定された年月を記入してください。 ■インスリン製剤やインクレチン製剤などの治療(指導)なども、在宅自己注射指導管理料の算定対象となるため、ご留意ください。	-
12項	平常の生活または業務に従事することに支障がない程度になかった日	■平常の生活または業務に従事することに支障がない程度になかったと判断される場合は、その日付を記入してください。	-
13項	通院	■今回の治療にともなう、貴院の通院日をもれなく○で囲んでください。 (治療をともなわない薬剤の購入、受取のみ等の通院は含みません。) ■往診日も含んで○で囲んでください。 ■通院予定日は含みません。	-

入院・手術・通院証明書

A

1.氏名	フリガナ		カルテ番号		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 天正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日																					
2.傷病	ア. 入院・手術等の原因となった傷病名		ICD10コード					傷病発生年月日																						
	イ. アの原因		ICD10コード					傷病発生年月日																						
	ウ. ア、イ以外に入院治療の必要があった合併症の傷病名		ICD10コード					傷病発生年月日																						
3.前医・紹介医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名	治療期間	年 月 日～年 月 日	医療機関 医師名																									
4.既往症・持病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名	治療期間	年 月 日～年 月 日	医療機関 医師名																									
5.治療期間	初診日		年 月 日～	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.治療 <input type="checkbox"/> 2.継続 <input type="checkbox"/> 3.中止 <input type="checkbox"/> 4.転医																									
	入院期間第1回		年 月 日～	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.退院 <input type="checkbox"/> 2.入院中 <input type="checkbox"/> 3.転院 <input type="checkbox"/> 4.転科 <input type="checkbox"/> 5.死亡退院																									
	入院期間第2回		年 月 日～	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.退院 <input type="checkbox"/> 2.入院中 <input type="checkbox"/> 3.転院 <input type="checkbox"/> 4.転科 <input type="checkbox"/> 5.死亡退院																									
	入院期間第3回以降																													
集中治療室(ICU)管理治療 1～5から選択		<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																												
第1回		年 月 日～	年 月 日	第2回		年 月 日～	年 月 日																							
6.手術	手術種類		ア.開頭術 イ.穿頭術 ウ.開胸術 エ.胸腔鏡 オ.開腹術 カ.腹腔鏡 キ.ファイバースコープまたは血管バスケットカテーテル ク.経皮的 ケ.経尿道的 コ.経陰的 サ.レーザー シ.その他( )																											
	手術名 ※ドレナージ等の処置も記入してください		手術日	手術部位	手術種類	筋骨関係手術の場合	穿頭術の場合	手指・足指の手術の場合 MP関節より	植皮術・筋皮弁術の場合	口腔内親血手術の場合 顎骨を																				
	公的医療保険制度対象 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. ( - )		年 月 日	1. <input type="checkbox"/> 右 2. <input type="checkbox"/> 左 3. <input type="checkbox"/> 両方		1. <input type="checkbox"/> 親血 2. <input type="checkbox"/> 非親血	1. <input type="checkbox"/> 新規穿孔 2. <input type="checkbox"/> 既存孔	1. <input type="checkbox"/> 末梢 2. <input type="checkbox"/> 中樞 3. <input type="checkbox"/> 関節上	1. <input type="checkbox"/> 25cm <sup>2</sup> 以上 2. <input type="checkbox"/> 25cm <sup>2</sup> 未満	1. <input type="checkbox"/> 削った 2. <input type="checkbox"/> 削らず																				
	公的医療保険制度対象 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. ( - )		年 月 日	1. <input type="checkbox"/> 右 2. <input type="checkbox"/> 左 3. <input type="checkbox"/> 両方		1. <input type="checkbox"/> 親血 2. <input type="checkbox"/> 非親血	1. <input type="checkbox"/> 新規穿孔 2. <input type="checkbox"/> 既存孔	1. <input type="checkbox"/> 末梢 2. <input type="checkbox"/> 中樞 3. <input type="checkbox"/> 関節上	1. <input type="checkbox"/> 25cm <sup>2</sup> 以上 2. <input type="checkbox"/> 25cm <sup>2</sup> 未満	1. <input type="checkbox"/> 削った 2. <input type="checkbox"/> 削らず																				
7.先進医療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	治療の種類	特定承認医療機関となった承認日			年 月 日																								
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	治療の実施日	年 月 日～年 月 日 (実施回数 回)			受療者が負担すべき先進医療の「技術料」 円																								
8.放射線・温熱療法	1～6から選択		<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.内服療法 <input type="checkbox"/> 6.その他( )																											
	診療報酬区分		部位	照射期間				照射量																						
	1. <input type="checkbox"/> M 2. <input type="checkbox"/> L ( - )			年 月 日～	年 月 日		Gy																							
1. <input type="checkbox"/> M 2. <input type="checkbox"/> L ( - )			年 月 日～	年 月 日		Gy																								
9.頭部症候群または腰痛の場合の他覚症状 (外傷についての画像所見による器質的損傷所見や神経学的テスト、脳波・筋電図などの所見)	X線検査の異常所見	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有	有の場合詳細:																											
	その他の異常所見	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有	有の場合詳細:																											
10.特定損傷	該当する箇所		損傷部位			以下に該当する場合は																								
	1. <input type="checkbox"/> 骨折 *軟骨骨折は除く					1. <input type="checkbox"/> 病的骨折 *骨折原因と考えられる傷病名:																								
	2. <input type="checkbox"/> 関節脱臼 *半月板損傷・断裂は除く					1. <input type="checkbox"/> 先天性脱臼 2. <input type="checkbox"/> 病的脱臼 3. <input type="checkbox"/> 反復性脱臼																								
3. <input type="checkbox"/> 腱の断裂 *靭帯の断裂・損傷は除く					1. <input type="checkbox"/> 疾病を原因とするもの *腱断裂原因と考えられる傷病名:																									
11.在宅医療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1～4から選択	<input type="checkbox"/> 1.在宅自己注射指導管理料 <input type="checkbox"/> 2.在宅自己腹膜灌流指導管理料 <input type="checkbox"/> 3.在宅血液透析指導管理料 <input type="checkbox"/> 4.在宅酸素指導管理料																											
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	指導管理をした年月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月																						
12.平常の生活または業務に従事することに支障がない程度になおった日								年 月 日																						
13.通院	通院年月	今回の治療にともなう通院日(往診日を含む)																												合計日数
	20 年 月	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	合計	日																										
	20 年 月	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	合計	日																										
	20 年 月	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	合計	日																										
	20 年 月	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	合計	日																										
	20 年 月	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	合計	日																										
	20 年 月	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	合計	日																										
合計通院日数 ⇒																												日		
上記のとおり証明(診断)します								(証明日) 年 月 日																						
所在地 名称 診療科 電話番号		医師氏名						印																						

【お願い】訂正の場合は必ず証明印による訂正印を押印してください。原本の複写またはコピーの場合はそれぞれに押印ください。

LIAJ049-023-201908

CB0503木(201908)