「治療内容報告書【総合医療保険（団体型）用】」の記入例

○「治療内容報告書」を記入いただく際は、別紙『**「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**』を必ず確認のうえ、受取人ご本人が記入ください。

■項目①～⑥について

① 「治療内容報告書」の記入日を記入ください。

② 受取人氏名を受取人ご本人が記入ください。

③ 傷病者の氏名・性別・生年月日を記入ください。

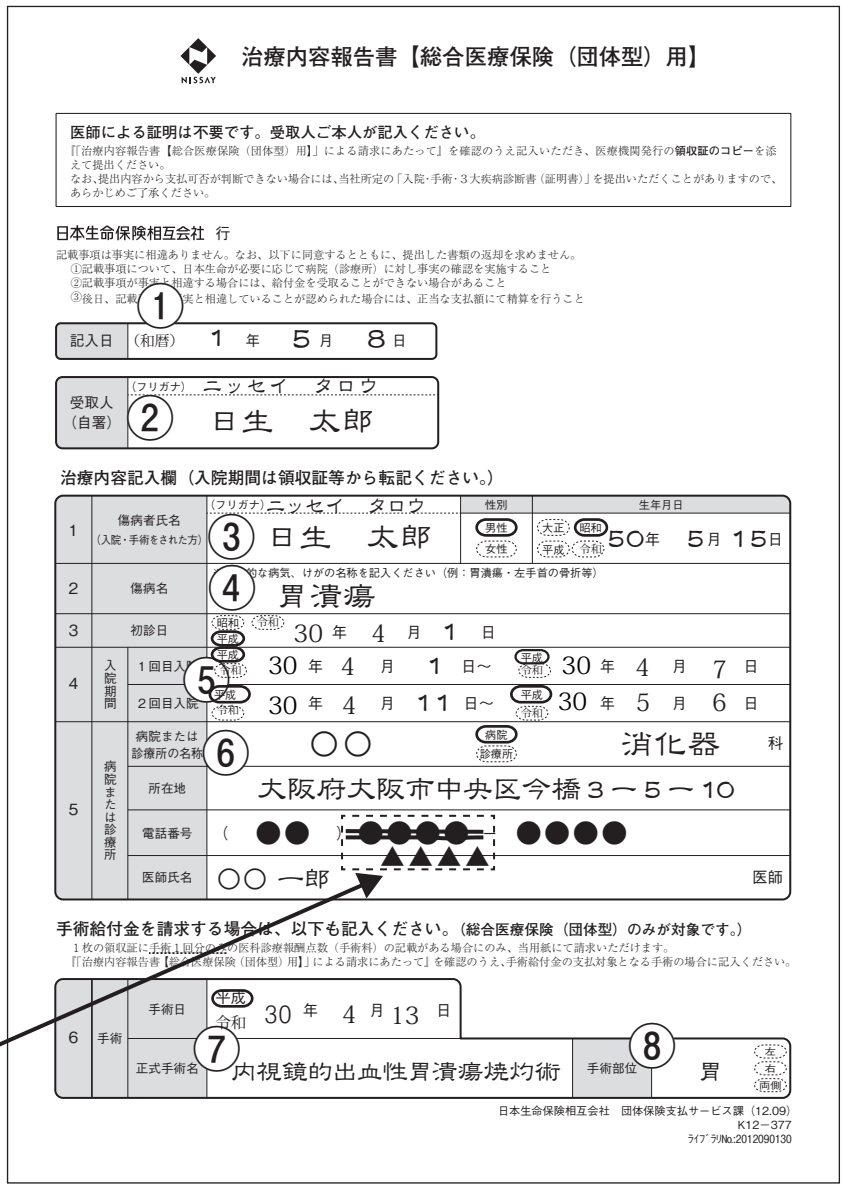
④ 傷病名を記入ください。

⑤ ○領収証に記載されている入院期間を記入ください。
○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証のコピーの提出が必要です。

⑥ 領収証に記載されている名称等を記入ください。

■誤って記入された場合の訂正

二重線で抹消のうえ、正当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』を確認のうえ記入いただき、医療機関発行の**領収証のコピー**を添えて提出ください。
なお、提出内容から支払可否が判断できない場合には、当社所定の「入院・手術・３大疾病診断書（証明書）」を提出いただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

日本生命保険相互会社 行

記載事項は事実に相違ありません。なお、以下に同意するとともに、提出した書類の返却を求めません。
①記載事項について、日本生命が必要に応じて病院（診療所）に対し事実の確認を実施すること
②記載事項が事実と相違する場合には、給付金を受取ることができない場合があること
③後日、記載事項が事実と相違していることが認められた場合には、正当な支払額にて精算を行うこと

① 記入日 （和暦） 1 年 5 月 8 日

受取人（自署） （フリガナ） ニッセイ タロウ
② 日生 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（入院・手術をされた方）	（フリガナ）ニッセイ タロウ ③ 日生 太郎	性別：男性 女性	生年月日：大正 昭和 平成 令和 50年 5月 15日	
2	傷病名	④ 胃潰瘍			
3	初診日	昭和 平成 令和 30 年 4 月 1 日			
4	入院期間	1回目入院	平成 令和 30 年 4 月 1 日～	平成 令和 30 年 4 月 7 日	
		2回目入院	平成 令和 30 年 4 月 11 日～	平成 令和 30 年 5 月 6 日	
5	病院または診療所	病院または診療所の名称	⑥ ○○ 病院 診療所	消化器 科	
		所在地	大阪府大阪市中央区今橋３－５－10		
		電話番号	（ ●● ）●●●●－▲▲▲▲ ●●●●		
		医師氏名	○○ 一郎	医師	

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枚の領収証に手術１回分のみの医科診療報酬点数（手術料）の記載がある場合にのみ、当用紙にて請求いただけます。
『「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』を確認のうえ、手術給付金の支払対象となる手術の場合に記入ください。

6	手術	手術日	平成 令和 30 年 4 月 13 日		
		正式手術名	⑦ 内視鏡的出血性胃潰瘍焼灼術	手術部位	⑧ 胃 左 右 両側

日本生命保険相互会社 団体保険支払サービス課（12.09）
K12－377
ﾗｲﾌﾞﾗﾘNo:2012090130

■項目⑦⑧（手術内容記入欄）について

○**総合医療保険（団体型）のみ取扱可能です。**
○手術給付金をご請求される場合にのみ記入ください。
（**※合わせて、手術欄に点数または金額の記載がある領収証のコピーの提出が必要です。**）

■ご注意ください

○**加入［※］から２年以内の病気による手術については当用紙では請求いただけません。**
当社所定の「入院・手術・３大疾病診断書（証明書）」を提出ください。
〔※〕加入とは、責任開始日（増額責任開始日を含む）のことをいいます。

⑦ 手術日および正式手術名を「手術同意書」、「手術計画書」等から転記ください。

⑧ 手術部位を「手術同意書」「手術計画書」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「○」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。

日本生命保険相互会社　団体保険支払サービス課（12.09）
K12－377
ﾗｲﾌﾞﾗﾘNo:2012090130