



# 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

記入日	(和暦)	年	月	日
-----	------	---	---	---

受取人 (自署)	(フリガナ)
-------------	--------

## 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)	性別	生年月日							
			<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	<input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年	月	日				
2	傷病名	※具体的な病名、けがの名称を記入ください（例：胃潰瘍・左手首の骨折等）									
3	初診日	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年	月	日						
4	入院期間	1回目入院	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年	月	日	～	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年	月	日
		2回目入院	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年	月	日	～	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年	月	日
5	病院または診療所	病院または診療所の名称	<input type="radio"/> 病院 <input type="radio"/> 診療所					科			
		所在地									
		電話番号	( )	-							
		医師氏名							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	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年	月	日		
		正式手術名				手術部位	<input type="radio"/> 左 <input type="radio"/> 右 <input type="radio"/> 両側	



# 「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

「治療内容報告書」と「医療機関発行の領収証のコピー」をあわせて提出いただくことで、当社所定の診断書による証明に代えて入院給付金・手術給付金を請求できる場合があります。

治療内容報告書

+

医療機関発行の領収証のコピー

## 1. 「治療内容報告書」による請求ができる条件を確認ください。

○以下(1)～(3)を全て満たす場合に「治療内容報告書」で請求いただけます。

<p>(1) 入院・手術(注1)についての給付金請求である</p> <p>(2) 入院期間・手術料の記載がある医療機関発行の領収証を持っている</p> <p>(3) 「当社所定の診断書による請求となる場合」のチェック項目のいずれにもあてはまらない</p>	<p>(注1)一部お支払の対象外となる手術があります。 詳細は裏面の「3. お支払の対象外となる手術について確認ください。」を参照ください。</p>
---	--

当社所定の診断書による請求となる場合		チェック欄	一つでも該当する場合は当社所定の診断書が必要となります。
入院について	以下ア・イの両方に該当する。 ア. 31日以上継続して入院をした。 イ. 給付金額が10万円超である。	<input type="checkbox"/> →	
	請求時点で入院中である。	<input type="checkbox"/> →	
手術について	1回の入院中に手術を2回以上受けた。	<input type="checkbox"/> →	
	先進医療または放射線治療を受けた。	<input type="checkbox"/> →	
治療の時期について	病気を原因として、加入から2年以内に入院・手術をした。 (注2)(注3)	<input type="checkbox"/> →	

(注2) 加入とは責任開始日(増額責任開始日、復活日を含む)のことをいいます。

(注3) 不慮の事故を原因とした入院・手術は、加入から2年以内でも「治療内容報告書」で請求いただくことが可能です。

上記(1)～(3)を全て満たす場合は裏面を確認ください。

## 2. 医療機関発行の領収証について、以下の記載があることを確認ください。

- A** 傷病者の氏名
- B** 医療費の請求期間(入院期間)  
請求期間の欄に医療費の請求期間(入院期間)の記載がある
- C** 手術料(点数または金額)  
手術(点数または金額)の欄に手術料の記載がある
- D** 医療機関名

【領収証(イメージ)】

患者番号		氏名		請求期間												
1	2	3	4	5	6	7	日生	太郎	様	平成26年	4月	1日	～	平成26年	4月	7日
診療料	入・外	領収証No.	費用区分	負担割合	本・家	区分										
保険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬									
	点	点	点	点	点	点	点									
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療									
	点	点	点	点	1280点	点	点									
保険外	先進医療															
	<b>〇〇〇〇病院</b> 〒123-4567 〇〇県〇〇市△△1丁目2番3号 TEL 012-345-6789															

※労災保険や自賠責保険の対象となる場合等、健康保険の適用外となるため領収証に手術料(点数または金額)の記載がない場合は、当社所定の診断書での請求となります。

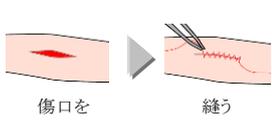
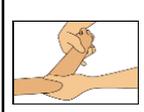
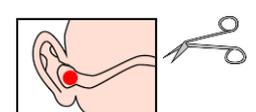
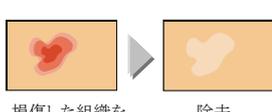
※受けられた手術によっては、「手術」欄に手術料(点数または金額)の記載がなく、「入院料等」欄に短期滞在手術基本料として記載される場合があります。その場合は、手術名の記載のある診療報酬明細書のコピーを提出いただくか、当社所定の診断書での請求となります。

## 3. お支払の対象外となる手術について確認ください。

○以下①～⑦の手術は手術給付金のお支払の対象外となります。

○受けられた手術が以下①～⑦の手術にあてはまらないことを確認ください。

＜正式な手術名がわからない場合＞  
**病院にお問合せいただくか、医療機関が発行する「手術同意書」または「診療報酬明細書」で確認ください。**

	手術名	手術例	手術イメージ		手術名	手術例	手術イメージ
①	(そうしょうしより) <b>創傷処理</b>	切り傷等の傷口を縫いあわせた。	 傷口を縫う	④	<b>骨・軟骨または関節の非観血的または徒手的な整復術・整復固定術および授動術</b>	(脱臼等の治療で)皮膚の上から手や器具を使って骨や関節のズレ等を元に戻した。 (骨折等の治療で)メスを使わずに添え木やギブス等で固定した。	 関節のズレを戻す  「添え木」で固定
②	(ひふせつかいじゆつ) <b>皮膚切開術</b>	皮膚等にできた膿瘍(のうよう＝うみ)を、皮膚切開して体外に出した。	 「のうよう」を切開	⑤	<b>外耳道異物除去術</b>	耳や鼻の中から異物を専用の器具で取り出した。	 耳の中の異物を取り出す
③	<b>デブリードマン</b>	損傷(壊死等)した組織や傷口の異物等を除去してきれいにした。	 損傷した組織を除去	⑥	<b>鼻内異物摘出術</b>		
				⑦	<b>抜歯手術</b>	虫歯や親知らずを抜いた。	 虫歯や親知らずを抜く