

保険金請求に必要な書類

●ご提出いただく保険金請求書類は下表のとおりです。

なお、ご契約内容やご請求される保険金等により、下表以外の書類のご提出をお願いする場合があります。

●下線のついた書類は、当社所定の用紙をご利用ください。

(1) 疾病入院医療保険金支払特約にご加入の場合

必要書類	ご記入または ご用意いただく方	ご案内
保険金請求書	被保険者さま (ご病気をされた方)	●保険金請求権者は、被保険者さまとなります。
同意書	被保険者さま (ご病気をされた方)	●治療内容等について医療機関に照会する場合があります。
右記いずれかの書類 をご提出お願いします	●申告書 ●治療費領収書	●保険金のご請求額が30万円以下の場合は、本書のご提出により診断書の取り付けを省略することができます。 (保険金のご請求額が30万円以下の場合でも、診断書のご提出をお願いすることがあります。) ●入院期間が明記された病院・診療所等発行の「治療費領収書」(写し可)もあわせてご提出をお願いします。
	診断書	●診断書のお取り付けに際して発生する文書料はお客様負担となります。 ●保険金のご請求額が30万円を超える場合にご提出ください。 (保険金のご請求額が30万円以下の場合でも、診断書のご提出をお願いすることがあります。) ●医療機関に発行を依頼してください。

(2) 疾病入院医療費用補償特約にご加入の場合

必要書類	ご記入または ご用意いただく方	ご案内
保険金請求書	被保険者さま (ご病気をされた方)	●保険金請求権者は、被保険者さまとなります。
同意書	被保険者さま (ご病気をされた方)	●治療内容等について医療機関に照会する場合があります。
右記いずれかの書類 をご提出お願いします	●申告書 ●治療費領収書	●保険金のご請求額が30万円以下の場合は、本書のご提出により診断書の取り付けを省略することができます。 (保険金のご請求額が30万円以下の場合でも、診断書のご提出をお願いすることがあります。) ●入院期間が明記された病院・診療所等発行の「治療費領収書」もあわせてご提出をお願いします。
	診断書	●診断書のお取り付けに際して発生する文書料はお客様負担となります。 ●保険金のご請求額が30万円を超える場合にご提出ください。 (保険金のご請求額が30万円以下の場合でも、診断書のご提出をお願いすることがあります。) ●医療機関に発行を依頼してください。
明細書	被保険者さま (ご病気をされた方)	●今回のご治療でお客様がご負担された費用についてご申告ください。
領収書、領収証、振込伝票等	被保険者さま (ご病気をされた方)	●公的医療保険制度の下で、病院等に対して一部負担金を支払ったことを示す病院等の領収書をご提出ください。 ●各種費用を支払ったことが確認できる領収証をご提出ください。 ●交通費(公共交通機関を除く)を支払ったことが確認できる領収書をご提出ください。

(3) 長期障害所得補償特約にご加入の場合

必要書類	ご記入または ご用意いただく方	ご案内
保険金請求書	被保険者さま (おケガまたはご病気をされた方)	●保険金請求権者は、被保険者さまとなります。
同意書	被保険者さま (おケガまたはご病気をされた方)	●治療内容等について医療機関に照会する場合があります。
診断書	医療機関 (被保険者さまがご用意ください)	●医療機関に発行を依頼してください。 ●ご病気やおケガにより就業が全くできなかった期間(診断書裏面13。「医学的に就業が全く不可能な期間」)について必ず証明をいただってください。 ●診断書のお取り付けに際して発生する文書料はお客様負担となります。



裏面もご確認ください

保険金請求書 (事業活動総合保険 メディカル・マスター用)

兼 他の保険契約等の保険請求に関する同意書 兼 個人情報の取扱いに関する同意書

ご記入前にご確認ください。

● ご記入ガイドをご確認いただき、太枠内をご記入ください。

- 以下のとおり、損害保険ジャパン株式会社 (以下、「損保ジャパン」といいます。) との保険契約に基づき、保険金を請求します。
- 本書裏面「他の保険契約等の保険金請求に関する事項」に同意します。
- 本書裏面「個人情報の取扱いに関する事項」のとおり、損保ジャパンの本保険金請求に関する個人情報の取扱いに同意します。
- 下記「⑥保険金振込口座」への振込をもって保険金を受領したものと認めます。

① ご請求日

20 年 月 日

② 証券番号

おわかりにならない場合はご記入不要です。

③ 保険金請求者

原則として、おケガまたはご病気をされた方ご本人です。 ※会社名・代表者名をご記入の上、代表印のご捺印をお願いいたします

住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> フリガナ	電話番号	自宅 ()
	(都道府県)		携帯 勤務先 ()
ご署名欄	フリガナ 個人の場合は署名ください。	印	との関係者 本人 親権者 相続人 その他 ()

④ 被保険者

※個人の場合は印鑑証明書の添付が必要な場合のみ捺印ください。

氏名	フリガナ ※おケガまたはご病気をされた方 保険金請求者に同じ	雇用形態	下記、1~4の雇用形態に 該当します ・ 該当しない
生年月日	年 月 日生	職業	1. 正規従業員 2. 役員(常勤) 3. 事業主 4. 臨時雇従業員(常勤)
入社年月日	年 月 日		

⑤ 他のご契約

今回の件について、同一の補償をする他のご契約がありましたら、ご記入ください。

他のご契約	保険会社等の名称	保険の種類	証券番号	契約者名	保険金請求の手続き
無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/>					未済 <input type="radio"/> 済済 <input type="radio"/>
※有の場合は右欄にご記入ください。					未済 <input type="radio"/> 済済 <input type="radio"/>

⑥ 保険金振込口座

通帳をご確認のうえ、正確にご記入ください。

預金口座 口座名義欄とも ご記入ください。	保険金振込先	口座種類	① 普通・総合 ② 当座 ③ 貯蓄	店番	
	預金口座 (銀行・信託銀行・信金・信託・商工中金・労金・農協)	本店 支店 出張所	口座番号		
	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号		
	口座名義 (カタカナ)	住所	○ 請求者住所と同じです。 ○ 請求者住所と異なり以下の通りです。		
				〒	TEL ()
	口座名義人が保険金請求者と異なる場合のみご記入ください。	受取人氏名 (漢字)			

⑦ 就業の状態

長期障害所得補償特約のご請求の場合、ご記入ください。

現在の状態	仕事がまったくできなくなった日	仕事の開始日 (開始予定日)
休業中 <input type="radio"/> 就業中 <input type="radio"/>	20 年 月 日	20 年 月 日 予定 <input type="radio"/>

続けて裏面もご記入ください

代理店記入欄	受領日	20 年 月 日	受領者	株式会社CREATE 担当:	管理使用欄
--------	-----	----------	-----	-------------------	-------

同意書

ご記入前
にご確認ください。

- 損保ジャパンが医師または医療機関へおケガやご病気の状況等を照会することにご同意いただくために必要な書類です。
- 同意書は医療機関ごとに必要になります。複数枚必要な場合は、担当者にご連絡ください。

※治療を受けた医療機関名をご記入ください。

主治医殿

私（患者さま）の傷病について損害保険ジャパン株式会社の社員、またはその委託を受けた者が、医療機関に対して下記の行為を行うことに同意します。

なお、本状は私（患者さま）の保険金の請求および支払に関する一切の手続きが終了もしくは請求を取り下げた時点で効力を失うものとします。

記

1. 医師または医療機関から以下の資料の交付・貸し出しを受けること、および資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行うこと。
 - (1) 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・カルテ・看護記録などの診療情報資料
 - (2) レントゲン写真・CT・MRIなどの検査資料
 - (3) 上記医療機関の処方箋により療養給付を行う調剤薬局発行の調剤薬局明細書
2. 私が診療・検査を受けた医師または医療機関から診断・診療内容、検査結果、既往症・病歴、治療見込み、就労の可否等の説明を受けること。
3. 私の傷病の治療歴、事故状況・原因などに関する情報を医師または医療機関に提供すること。

以上

記入日

※ご記入日を西暦でお書きください。

20

年

月

日



お願い おケガまたはご病気をされた方がご署名・ご捺印ください。
おケガまたはご病気をされた方が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。

同意人

氏名

ご捺印
ください

印

住所

都道
府県

患者さまとの関係

本人

親権者

その他

(

)

患者さま

※同意人が患者さまご本人の場合、以下に生年月日のみご記入ください。

氏名

同意人と同じ

住所

都道
府県

生年月日

年

月

日生



申告書 (メディカル・マスター用)

ご記入前にご確認ください。

- ご記入ガイドをご確認いただき、申告者ご本人がご記入ください。
- 申告書は、診断書の代わりとしてご提出いただくものです。
- 申告書の記載内容により、あらためて診断書のご提出をお願いする場合があります。

① 記入日

※ご記入日を西暦でお書きください。 20 年 月 日

② 申告者

原則として、おケガまたはご病気をされた方ご本人です。

氏名	フリガナ	電話番号	自宅 ()	との関係	本人 <input type="radio"/>	親権者 <input type="radio"/>
			携帯 ()		その他: ()	
			勤務先 ()			

③ 被保険者

申告者と同じ場合はご記入は不要です。

おケガまたはご病気をされた方ご本人	
-------------------	--

④ 治療の内容・医療機関

傷病名が不明の場合は、必要に応じて医療機関にご確認のうえ、ご本人がご記入ください。

傷病名		通院治療を受けた日に○印をつけてください																計
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
月	日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
初診日	年 月 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	
月	日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
発病日	年 月 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	
月	日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
入院	① 年 月 日 ~ 年 月 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	
	月 日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
② 年 月 日 ~ 年 月 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計		
	月 日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
症状および治療経過																	合計	
日																		
今回入院・通院をした病院・診療所																		
名称											所在地							
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日										電話番号	()						
前病院・紹介病院がある場合はご記入ください																		
名称											所在地							
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日										電話番号	()						
最終治療日	年 月 日										<その時の状態>		<input type="radio"/> 治癒 <input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 中止 <input type="radio"/> 転医					

❗️ お願い 入院がある場合・先進医療等を受けた場合は、病院・診療所等発行の領収書の写しを添付してください。



診断書

● 医療機関にてご記入いただくものです。
● 診断書料は保険金のお支払対象にはなりません。

表面



裏面も
ご確認ください

1. 氏名	カルテ番号 ()		生年月日	年 月 日	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
	<input type="radio"/> 健保 <input type="radio"/> 国保 <input type="radio"/> 労災 <input type="radio"/> 自費 <input type="radio"/> その他 ()						
2. 傷病名 (診断確定されたものをご記入ください。)		ICD-10コード	傷病発生日				
ア.入院(手術)等の原因となった傷病名	診断確定日	年 月 日	年 月 日	※いずれかに○をしてください。 <input type="radio"/> 医師診断 <input type="radio"/> 医師推定 <input type="radio"/> 患者申告			
イ.アの原因			年 月 日	<input type="radio"/> 医師診断 <input type="radio"/> 医師推定 <input type="radio"/> 患者申告			
ウ.合併症			年 月 日	<input type="radio"/> 医師診断 <input type="radio"/> 医師推定 <input type="radio"/> 患者申告			
3. 治療期間	初診	年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="radio"/> 終診 <input type="radio"/> 現在加療中 <input type="radio"/> 転院			
	入院期間	※日帰り入院の場合、入退院日は同日をご記入ください。外来扱いの場合はご記入は不要です。					
		第1回	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> 現在入院中			
		第2回	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> 現在入院中			
		第3回	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> 現在入院中			
2. ウの合併症単独で入院の必要性が認められる場合の入院期間		年 月 日 ~ 年 月 日					
妊娠・分娩に伴う入院の場合 健康保険適用となった入院期間		年 月 日 ~ 年 月 日					
4. 前医または紹介医	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	※紹介状のコピー添付でも構いません。					
		医療機関名	医師名				
		所在地	前医初診日 年 月 日 <input type="radio"/> 頃				
5. 既往症	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	傷病名	<input type="radio"/> 他院 () 病院) <input type="radio"/> 当院 () 科)		年 月 日頃 ~ 年 月 日頃まで		

6. 発病(受傷)から初診までの経過(いつごろからどのような症状があったかをご記入ください。)

初診時の所見および経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等)

7. 今回の傷病に関して実施した手術(または先進医療)	手術名 [診療報酬点数区分コード]		手術日	悪性新生物の場合	軟部腫瘍等の場合	手指・足指の場合、MP関節より	植皮術の場合	口腔内手術の場合 顎骨を	穿頭術の場合
	①	[K・J] -]	年 月 日	<input type="radio"/> 原発巣の手術	筋・腱・靭帯の切除切開縫合を <input type="radio"/> 伴う <input type="radio"/> 伴わない	<input type="radio"/> 中枢 <input type="radio"/> 関節上 <input type="radio"/> 末梢	<input type="radio"/> 25cm以上 <input type="radio"/> 25cm未満	<input type="radio"/> 削った <input type="radio"/> 削っていない	<input type="radio"/> 新たな穿頭による <input type="radio"/> 既存の穿頭を使用
②	[K・J] -]	年 月 日	<input type="radio"/> 原発巣の手術	筋・腱・靭帯の切除切開縫合を <input type="radio"/> 伴う <input type="radio"/> 伴わない	<input type="radio"/> 中枢 <input type="radio"/> 関節上 <input type="radio"/> 末梢	<input type="radio"/> 25cm以上 <input type="radio"/> 25cm未満	<input type="radio"/> 削った <input type="radio"/> 削っていない	<input type="radio"/> 新たな穿頭による <input type="radio"/> 既存の穿頭を使用	
③	[K・J] -]	年 月 日	<input type="radio"/> 原発巣の手術	筋・腱・靭帯の切除切開縫合を <input type="radio"/> 伴う <input type="radio"/> 伴わない	<input type="radio"/> 中枢 <input type="radio"/> 関節上 <input type="radio"/> 末梢	<input type="radio"/> 25cm以上 <input type="radio"/> 25cm未満	<input type="radio"/> 削った <input type="radio"/> 削っていない	<input type="radio"/> 新たな穿頭による <input type="radio"/> 既存の穿頭を使用	

※有の場合は右欄をご記入のうえ、該当する項目を○印で囲んでください。



8. 先進医療	技術名		治療実施日	年 月 日 ~ 年 月 日														
<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	先進医療に係る届出受理日		技術料	患者さまが受診した先進医療の技術料のみご記入ください。 円														
9. 放射線照射	部位	総線量	期間	開始 年 月 日 終了 年 月 日														
				体外照射 密封小線源 その他 ()														
10. 急性心筋梗塞の場合	冠状動脈の閉塞または急激な血液供給の減少により、その関連部分の心筋が壊死に陥った疾病であり、原則として、①典型的な胸痛の病歴 ②新たに生じた典型的な心電図の梗塞性変化 ③心筋細胞逸脱酵素の一時的上昇 の3項目を満たす。			<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ														
	当該疾病の初診日から60日時点で、労働の制限を必要とする状態（軽い家事等の軽労働や事務等の作業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態）が継続している。			<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ														
11. 脳卒中の場合	脳血管の異常（脳組織の梗塞、出血、ならびに頭蓋外部からの閉塞が含まれる）により脳の血液の循環が急激に障害されることによって、24時間以上持続する中枢神経系の脱落症状を引き起こした疾病である。			<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ														
	当該疾病の初診日から60日時点で、言語障害、運動失調、麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が残存している。			<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ														
12. 新生物の場合	病理組織	病理組織診断名	診断確定日	年 月 日														
	診断結果	TNM分類	T () N () M ()	ICD-Oコード /														
	悪性新生物の区分	<input type="radio"/> 原発 <input type="radio"/> 再発 <input type="radio"/> 転移	悪性新生物の罹患歴	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ()														
	病名告知	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族	年 月 日に、病名を [] と告げた。															
13. 医学的に就業が全く不可能な期間	年 月 日 ~ 年 月 日		就業復帰見込み	年 月 日 (頃)														
14. 実通院治療日	※通院の場合、通院日を○で囲んでください。8ヶ月以上の場合、別紙に記載してください。																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
15. 後遺障害残存見込み	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (内容:)																	
16. 保険金の請求意思能力	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有																	
上記のとおり診断します。																		
記入日 年 月 日																		
所在地																		
病院または診療所の 病院名																		
電話番号																		
担当科																		
医師氏名																		
印																		

明細書 (メディカル・マスター 疾病入院医療費用補償特約用)

ご記入前にご確認ください。

- ご治療に関してお客さまが負担された費用を申告いただくために必要となる書類です。
- お客さまが費用をご負担したことがわかる領収証や振込伝票等を添付してください。(公共交通機関の利用を除く。)

ご記入日	20	年	月	日	被保険者氏名	
------	----	---	---	---	--------	--

		費用	支出金額	備考
入院のご治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	1. 医療費用 (病院の治療費・差額ベッド代、処方箋薬局の薬代 等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	円	
	2. 交通費 ・入退院時の病院・住居までの交通費 ・転院のために必要とした交通費 ●公共交通機関をご利用の場合は、備考欄に区間をご記入ください。	(タクシーご利用の場合) 領収書を添付してください。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	円	
		(公共交通機関ご利用の場合) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	円	
	3. (※1) ホームヘルパー等雇入費用 保育所への預入費用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	円	
	4. (※2) 介護従事者の雇入費用 介護施設への預入費用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	円	
	5. (※3) 親族付添費、付添のための親族交通費、寝具等の使用料 ●親族付添費は1日につき4,200円	親族付添費 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	円	
付添のための親族交通費 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		円		
寝具等の使用料 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		円		
6. その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	円		
先進医療等のご治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	1. 先進医療の技術料、患者申出療養費用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	円	
	2. 交通費 ・通院時の交通費 ・入退院時の病院・住居までの交通費 ・転院のために必要とした交通費 ●公共交通機関をご利用の場合は、備考欄に区間をご記入ください。	(タクシーご利用の場合) 領収書を添付してください。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	円	
		(公共交通機関ご利用の場合) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	円	
3. ホテル等宿泊施設に宿泊したときの客室料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	円		
合計支出額			円	

- (※1) 医師が付添を認めた期間または家事従事者である被保険者が入院している期間に限ります。
 (※2) 同居の親族が要介護認定を受けた場合で、被保険者が入院している期間に限ります。
 (※3) 被保険者が当社の定める所定の症状に該当し、医師が付添を必要と認めた期間に限ります。

