

# 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。受取人ご本人がご記入ください。

『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』を確認のうえご記入いただき、医療機関発行の領収証のコピー（※）を添えてご提出ください。

※領収証に健康保険証の記号・番号、保険者番号の記載がある場合は、抹消（黒塗り）してください。

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大疾病等診断書（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してください。）

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								
			男性 女性	昭和 令和 平成	年	月	日					
2	傷病名	※具体的な病名、けがの名称をご記入ください（例：胃潰瘍・左手首の骨折等）										
3	初診日	平成 令和	年	月	日							
4	入院期間	1回目入院	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	
		2回目入院	平成 令和	年	月	日	～	平成 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	病院 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、以下もご記入ください。（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ご記入ください。

6	手術	手術日	平成 令和	年	月	日		
		正式手術名					手術部位	左 右 両側



a 2 3 2 4 2 4 0 1 . a

