



入院給付金
手術給付金
3大疾病保険金
特定損傷給付金 用

入院・手術・3大疾病等診断書(証明書)

「入院・手術・3大疾病等診断書(証明書)」(以下「診断書」といいます)は、【入院給付金、手術給付金、所定のがん・急性心筋梗塞・脳卒中を対象とする保険金等】のご請求用であり、お客様に保険金・給付金等を迅速にお支払いするうえで極めて大切な書類です。正確なご記入をよろしくお願い申し上げます。

また、保険金・給付金等の請求手続のため、入院中または通院加療中に「診断書」の発行を依頼させていただくことがございますが、ご了承ください。

お願い

■ご記入にあたって

- ご記入例および説明を「診断書」の左側のページに記載しておりますのでご参照ください。
- 訂正が生じた場合、必ず証明印による訂正印を押印してください。
- ご記入いただいた内容に不明な点がある場合には、当社からお電話等で照会・確認させていただく場合がございます。
- 病状の経過等について、担当者がお伺いし、確認させていただく場合がございます。

■ご記入が終わりましたら

- 「診断書」のみを当社の専用封筒に封入のうえご提出ください。

ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

日本生命保険相互会社

ご担当
される
先生へ

診断書ご記入にあたってのお願い

3～5項、および7項手術欄は、正しい保険金・給付金のお支払いにとって特に重要な情報となります。
お手数ですが手術を施術された場合、また悪性新生物・上皮内新生物、急性心筋梗塞(狭心症は含まれません)、脳卒中に該当する場合には、上記の項目についても全てご記入ください。

(これは記入見本のため架空の例です。)

記入例

7100 入院・手術・3大疾病等診断書(証明書) a 33342101+a

日本生命保険相互会社 行

氏名 日生 花子 カルテ番号 性別 女性 生年月日 30 01 01

2. (ア)悪性・上皮内新生物の主な病名(悪性・上皮内新生物の病名を複数記入可)

転移性脳腫瘍

3. (イ)悪性・上皮内新生物以外の病名(悪性・上皮内新生物以外の病名を複数記入可)

乳癌

心筋梗塞

4. 悪性新生物・上皮内新生物の場合

今回の傷病以前に、悪性新生物・上皮内新生物の既往がありますか?

診断確定日 31 04 17

本人への悪性告知有無 有

5. 悪性新生物・上皮内新生物の場合

診断確定日 31 04 20

6. 悪性新生物・上皮内新生物の場合

病理解剖診断

7. 急性心筋梗塞の場合

急性心筋梗塞を発症し、初めに医師の診療を受けた日からその日を含めて60日以上、労働制限を必要とする状態(軽い家事等の軽労働や事務等の職業はできるが、それ以上の活動は制限を必要とする状態)が継続していましたか?

8. 脳卒中の場合

脳卒中を発症し、初めに医師の診療を受けた日からその日を含めて60日以上、言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的神経学的後遺症が継続していましたか?

9. 初診

31 04 01

10. 治療期間

入院期間

11. 手術

12. 先遣医療

13. 前医または紹介医

14. 放射線治療および電磁波温熱療法

15. 意思能力

16. 上記のとおり証明します。

所在地 〇〇県〇〇市〇〇町

病院または診療所の名称 〇〇市立〇〇病院

医師氏名 生保 太郎

- ①点線の部分には必ず印をつけてください。
- ②追記・訂正の場合、医師による追記・訂正を加えて、必ず追記・訂正箇所を印印してご記入ください。
- ③「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ④「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑤「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑥「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑦「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑧「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑨「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑩「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑪「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑫「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑬「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑭「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑮「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑯「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑰「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑱「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑲「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ⑳「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㉑「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㉒「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㉓「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㉔「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㉕「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㉖「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㉗「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㉘「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㉙「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㉚「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㉛「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㉜「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㉝「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㉞「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㉟「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㊱「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㊲「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㊳「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㊴「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㊵「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㊶「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㊷「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㊸「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㊹「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㊺「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㊻「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㊼「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㊽「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㊾「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。
- ㊿「ケガ」欄は、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。

- 9 項 (K) 医療機関名・受療期間等お分かりになる範囲でご記入ください。
- 10 項 (L) 総線量の記入の際には該当する単位にも〇印をつけてください。照射期間・照射種類が複数となる場合は、7項備考欄に照射期間・照射種類・照射内容・総線量・区分をご記入ください。
- 11 項 (M) 退院後、貴院にて通院治療がございましたらご記入ください。(通院予定日は除く。)
- 各月の「合計日数」は必ずご記入ください。
- 12 項 (N) 次にあてはまる時に〇印をつけてください。
・保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できない

手術種類・手術内容別表

| 手術種類 | 手術内容 | | |
|--------------------------|-------|--------|-------|
| 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.経口的 | ク.経鼻的 |
| ケ.経皮的 | コ.経腔的 | サ.経尿道的 | |
| シ.ファイバースコープ、血管バスケットカテーテル | | | |
| ス.眼科レーザー | セ.衝撃波 | ソ.その他 | |

手術種類・内容は上記から選択してください。複数に該当する場合は全てご記入ください。該当する項目がない場合は記入不要です。(腹腔鏡補助下に開腹術を施行した場合は手術種類に「オ」と「カ」をご記入ください。)

日本生命保険相互会社 行

| | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|------|
| 1. 氏名 | カルテ番号 () | 性別 男性 女性 | 生年月日 大正 平成 昭和 令和 | 年 月 日 | お願い | |
| 2. (ア) 治療・入院等の主たる目的となった傷病名 ※ケガの場合は「ケガの場合」欄にも記入ください | 傷病発生年月日(受傷・発病年月日) 平成 令和 | 年 月 日 | ケガの場合 以下に該当する場合は2項(ア)欄に傷病名をご記入ください。 骨折 ※病骨骨折・軟骨骨折を含まない 関節脱臼 ※先天性・反復性・習慣性脱臼および半月板損傷・断裂を含まない 腱の断裂 ※靭帯の断裂・損傷を含まない | | | |
| (イ) 原因が判明していればその傷病名等 | 平成 令和 | 年 月 日 | | | | |
| (ウ) 今回入院を伴ったとき、同時に治療を行った(ア)以外傷病名(合併症) | 平成 令和 | 年 月 日 | | | | |
| 3. 悪性新生物・上皮内新生物の場合 | 今回の傷病以前に、悪性新生物・上皮内新生物の既往がありますか? はい いいえ | ⇒ | ※「はい」の場合は、以下に病名と診断時期をご記入ください。 | 病名 | 平成 令和 | |
| 診断確定日 | 平成 令和 | 年 月 日 | 本人への悪性告知有無 | 有 無 | 「有」の場合、告知日をご記入ください。 平成 令和 | |
| 病理組織診断 | 有 無 | 病理解剖診断名 | 浸潤癌 非浸潤癌・上皮内癌 | 大腸の場合、組織学的壁深達度 SM以深 M | cTNM分類 T() N() M() | |
| ※病理組織診断「有」の場合は、以下の欄は記入不要。診断確定方法および結果の概要(複数選択可) | | | 現在までの治療内容および今後の治療方針(複数選択可) | | | |
| 選択 | 方法 | 結果概要 | 手術 | 現在までの治療 | 今後の治療方針 | |
| <input type="checkbox"/> | 細胞診 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | CT・MRI | | 抗がん剤治療 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | 血管造影 | | 放射線治療 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | その他() | | 緩和医療 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | | その他() | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. 急性心筋梗塞の場合 | 急性心筋梗塞を発病し、初めて医師の診療を受けた日からその日を含めて60日以上、労働制限を必要とする状態(軽い家事等の軽労働や事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態)が継続していましたか? はい いいえ | | | | | |
| 5. 脳卒中の場合 | 脳卒中を発病し、初めて医師の診療を受けた日からその日を含めて60日以上、言語障がい・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか? はい いいえ | | | | 「はい」の場合、後遺症をご記入ください。 | |
| 6. 治療期間 | 初診 | 平成 令和 | 年 月 日 | | | |
| 入院期間 | 第1回目 | 平成 令和 | 年 月 日 ~ 平成 令和 | 年 月 日 | 退院(転院含む) 入院中 死亡退院 転科 | |
| | 第2回目 | 平成 令和 | 年 月 日 ~ 平成 令和 | 年 月 日 | 退院(転院含む) 入院中 死亡退院 転科 | |
| 3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」をご記入ください。(入院中の場合は「現在入院中」と付記してください。) | | | | | | |
| 7. 上記第2項の傷病に関して実施した手術(持続ドレーナージ・エタノール注入療法・腹腔灌流も含みます。) | ※医科診療報酬点数表において一連の治療過程に連続して施行し「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄に全ての手術日をご記入ください。別表から選択しご記入ください。 | | | | | |
| 手術 | 診療報酬点数区分 | (K) (区分番号) (項目) | 手術名 | 手術日 | 手術種類 | 手術内容 |
| | 備考 | 3回目以降の手術があれば診療報酬点数区分・手術名・手術日・手術種類・手術内容等をご記入ください。 | | | | |
| 8. 先進医療 | 技術名 | (施術日)平成(令和)年 月 日 | ※厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所にて行われたものに限り。届出の有無を問いません。 | | | |
| 9. 前医または紹介医 | 有 無 | 医療機関名 | (受療期間)平成(令和)年 月 頃 ~ 平成(令和)年 月 頃 | | | |
| 10. 放射線治療および電磁波温熱療法 | 照射内容 | 部位 | 総線量 | Gy Bq | | |
| | 区分 | M | 体外照射 定位照射(含むIMRT) 温熱療法 その他() | | | |
| 11. 通院治療 | 通院年月 | 平成 令和 | 年 月 日 | 合計日数 | 上記2項の傷病に関わる退院後の通院治療日に○印をご記入ください。(往診日は含み、通院予定日は除きます。) | |
| | | 平成 令和 | 年 月 日 | 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 | | |
| | | 平成 令和 | 年 月 日 | 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 | | |
| | | 平成 令和 | 年 月 日 | 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 | | |
| | | 平成 令和 | 年 月 日 | 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 | | |
| | | 平成 令和 | 年 月 日 | 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 | | |
| 12. 意思能力 | 保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できない場合、○印をつけてください。 できない | | | | | |

③ ① 点線の部分封筒は入れかにかに○印をつけてご提出ください。② 追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記・訂正箇所を証明印による訂正印を押印してください。

上記のとおり証明します。 令和 年 月 日

所在地 病院または診療所の名称 電話番号

(標榜科またはご専門) 医師氏名

印

診断書各項目の解説

| 項目 | | 解説・注意点 | |
|------|--------------------------------------|--|--|
| 2項 | 治療・入院等の主たる目的となった傷病名 | 治療・入院等の主たる目的となった傷病名は保険金・給付金のお支払可否判断のため必要な情報となります。治療・入院等の主たる目的でない傷病名は「今回入院を伴ったとき、同時に治療を行った(ア)(イ)以外の傷病名・合併症」にご記入ください。※ケガにより、「骨折」「関節脱臼」「腱の断裂」のいずれかの治療をされた場合は、入院をされていない場合も当欄に傷病名をご記入ください。(例:右腕の骨折等) | |
| | 原因が判明していればその傷病名等 | 治療・入院等の主たる目的となった傷病の原因となる傷病等があればご記入ください。 なお、ケガの場合は受傷原因(交通事故・転落事故等)をご記入ください。 | |
| | 今回入院を伴ったとき、同時に治療を行った(ア)(イ)以外の傷病名・合併症 | 入院中に併発した傷病・合併症のうち、入院加療が必要であった傷病についてご記入ください。 | |
| | 傷病発生日 | 保険契約の保障開始後に発生した傷病等を原因として、入院・手術等をされた場合にお支払対象となる契約(特約)がございます。 お分かりになる範囲で傷病発生日(ケガの場合は受傷日)をご記入ください。 | |
| | 骨折・関節脱臼・腱の断裂 | ケガにより、「骨折」「関節脱臼」「腱の断裂」のいずれかの治療をされた場合にお支払対象となる契約(特約)がございますので、該当する場合は○印をつけてください。 「骨折」……不完全骨折を含みます。病的骨折・特発骨折・軟骨骨折を除きます。 「関節脱臼」…先天性・反復性・習慣性のものを除きます。また、半月板損傷・断裂は含まれません。 「腱の断裂」…病的なものを除きます。靭帯の断裂・損傷は含まれません。 | |
| 3項 | 悪性新生物・上皮内新生物 | 悪性新生物・上皮内新生物の既往 | 保険契約の保障開始後に、生涯にわたり初めて悪性新生物・上皮内新生物に罹患した場合にお支払対象となる契約(特約)がございます。 今回治療の悪性新生物・上皮内新生物の罹患以前に何らかの悪性新生物・上皮内新生物に罹患したことがある場合は「はい」に○印をつけたうえで、病名と診断時期をご記入ください。ない場合は「いいえ」に○印をつけてください。 |
| | | 診断確定日 | 生検もしくは手術標本等、いずれか最初に病理組織診断が確定された日をご記入ください。生検日・手術日ではありませんのでご注意ください。(病理組織診断が実施されなかった場合は、病理組織診断以外の検査による診断確定日をご記入ください。) |
| | | 区分(原発・再発・転移) | 原発巣に対する手術と転移・再発巣に対する手術では、お支払いする給付金額が異なる場合がございますので、今回の悪性新生物・上皮内新生物がいずれに該当するか○印をつけてください。 |
| | | cTNM分類 浸潤癌 非浸潤癌 上皮内癌 | 悪性新生物の罹患を保障する契約(特約)の中で、皮膚がん(悪性黒色腫を除く)や上皮内癌・非浸潤癌をお支払対象外としている契約(特約)がございますので、病理組織診断前のcTNM分類をご記入ください。また、浸潤癌・非浸潤癌・上皮内癌については、病理組織診断後のものをご記入ください。 |
| | | 病理組織診断無 | 病理組織診断無の場合は、診断確定方法および結果の概要をご記入ください。また、現在までの治療内容および今後の治療方針をご記入ください。 |
| 4・5項 | 急性心筋梗塞・脳卒中 | 左記疾病による就労制限・後遺症が一定期間以上継続している場合にお支払対象となる契約(特約)がございます。 | |
| 6項 | 入院期間 | 第3回目以降の入院 | 第3回目以降の入院となる場合は、「入院日」「退院日」をご記入ください。 また、入院中の場合は「現在入院中」と付記してください。 [例] ・入院 平成30年10月1日～退院 平成30年11月1日 ・入院 平成30年10月1日～平成30年11月1日(現在入院中) なお、入院が多数回となり当欄に記載しきれない場合は別紙にご記入いただいても結構です。 (その際は、当欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙についても証明印を押印してください。) |
| | | 転帰 <退院(転院含む)・入院中・死亡退院・転科> | 一定期間入院後、生存退院された場合にお支払対象となる契約(特約)がございます。 転帰<退院(転院含む)・入院中・死亡退院・転科>について該当する項目に必ず○印をつけてください。 |
| 7項 | 手術 | 手術名 | 手術給付金のお支払対象となる場合がございますので診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術は全てご記入ください。手術料が算定されない処置であっても「 持続ドレナージ 」「 エタノール注入療法(PEIT) 」「 腹腔灌流 」もご記入ください。左右が存在する臓器の手術では、手術給付金のお支払方法が異なる場合がございます。 なお、全ての手術を当欄に記載しきれない場合は、別紙にご記入いただいても結構です。 (その際は、当欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙についても証明印を押印してください。) 医科診療報酬点数表において、一連の治療過程に連続して施行し、「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄に全ての手術日をご記入ください。 詳細については当社ホームページ(https://www.nissay.co.jp)をご覧ください。 |
| | | 手術種類 | 同一の手術名であっても手術手技の違いによって、お支払いする給付金額が異なる場合がございます。 手術種類・手術内容別表の該当する記号をそれぞれの欄にご記入ください。 |
| | | 手術内容 | なお、 複数該当と判断された場合は、全ての記号をご記入ください。 |
| 8項 | 先進医療 | 先進医療にて加療された場合は、技術名・施術日をご記入ください。(厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所にて行われたものに限り。届出の有無を問いません。)) 詳細については当社ホームページ(https://www.nissay.co.jp)をご覧ください。 | |
| 10項 | 放射線治療 および 電磁波温熱療法 | 放射線治療は放射線照射期間・照射線量により手術給付金のお支払対象となる場合がございます。 「区分」欄には診療報酬点数区分をご記入ください。 なお、ガンマナイフ・サイバーナイフ等についても当項目にご記入ください。 | |
| 11項 | 通院治療 | 退院した日から120日以内に通院された場合にお支払対象となる契約(特約)がございます。 入院の原因となった傷病により、退院後、貴院への通院がございましたらご記入ください。(通院予定日を除く。) また、各月の通院治療の合計日数についても必ずご記入ください。 | |