

# 「治療内容報告書」の記入例

「治療内容報告書」による請求をされる場合は、以下の記入例のとおり請求人ご本人が記入ください。

※ご加入から2年以内の病気による入院給付金等、手術給付金については当用紙では請求いただけません。

詳しくは、別紙「治療内容報告書」によるご請求にあたって』をご確認ください。

## ■①～⑥は必ず記入ください。

- ① 「治療内容報告書」の記入日を記入ください。
- ② 請求人名を請求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。  
○入院加療を行った傷病名が複数ある場合は、全て記入ください。
- ⑤ 初めて医師の診断を受けた日を記入ください。
- ⑥ 領収証に記載されている病院または診療所の名称を記入ください。

## ■入院給付金等を請求する場合は⑦を記入ください。

- ⑦ 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を必ずご提出ください。

## ■手術給付金を請求する場合は⑧・⑨を記入ください。

- 総合医療特約・総合医療保険・子ども総合医療保険のみ取扱可能です。
- 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を必ずご提出ください。
- ⑧ 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。
- ⑨ 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○印をつけてください。



## 治療内容報告書



a 3 3 3 4 1 4 0 1 / a

当報告書とあわせて、『保険金・給付金請求書』と医療機関発行の『領収証のコピー』を提出ください。

- ・医師による証明は不要です。請求人ご本人が記入ください。
- ・請求前に、必ず「治療内容報告書」による請求にあたって』をご確認ください。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・手術給付金請求書（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  
記載事項は半式に付添ありません。なお、以下に同意するとともに、提出した資料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複製（診療録）に申し渡す権利を保有すること  
②記載事項が事実と相違する場合は、給付金を受取ることができない場合があります  
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、不当な支払額にて精算を行うこと

記入日 ① (和暦) 令和3年 6月 20日

請求人(自) ② ニッセイ タロウ  
日生 太郎

## ■治療内容記入欄（入院期間も領収証等から転記ください。けがの場合は、『事故状況報告書』もあわせて提出ください。）

1	傷病者氏名 (入院・手術をされた)	③ (フリガナ) ニッセイ タロウ 日生 太郎	性別	男性	生年月日	(和暦) 昭和50年 5月 15日
2	傷病名	④ 胃潰瘍				
3	初診日	⑤ (日付) 令和3年 5月 11日				
4	入院期間 1回目入院 (和暦) 令和3年 5月 11日 ~ (和暦) 令和3年 5月 17日 2回目入院 (和暦) 令和3年 5月 21日 ~ (和暦) 令和3年 5月 27日	⑦				
5	病院または診療所の名称 ⑥ 日生 消化器科 医師氏名 生保 一郎 太郎					

手術給付金を請求する場合は、以下も記入ください。（総合医療特約・総合医療保険・子ども総合医療保険のみが対象です。）

- ・1枚の領収証に「手術」回分のみの医療診療報酬点数（手術料）の記載がある場合のみ、当用紙にて請求いただけます。
- ・「治療内容報告書」による請求にあたって』を記載のうえ、手術給付金の支払対象となる手術の欄に記入ください。
- ・手術日・正式手術名は、診療報酬明細書（手術同意書等）から転記ください。

6	手術日 (和暦) 令和3年 5月 22日	⑧	正式手術名 内視鏡的出血性胃潰瘍焼灼術	⑨	手術部位 胃
---	----------------------	---	------------------------	---	-----------

## ■誤って記入された場合の訂正

- 二重線で抹消し訂正署名（フルネームを記入）のうえ正当内容を記入ください。

## ■記入漏れや相違はございませんか？

- ご提出いただく書類に必要な事項の記入漏れや相違等がないかご確認をお願いいたします。
- ※⑦～⑨については該当する場合のみご確認ください。

記入項目	チェック欄	記入項目	チェック欄
① 記入日	<input type="checkbox"/>	⑥ 病院または診療所の名称	<input type="checkbox"/>
② 請求人名	<input type="checkbox"/>	⑦ 入院期間	<input type="checkbox"/>
③ 傷病者氏名 性別・生年月日	<input type="checkbox"/>	⑧ 手術日 正式手術名	<input type="checkbox"/>
④ 傷病名	<input type="checkbox"/>	⑨ 手術部位	<input type="checkbox"/>
⑤ 初診日	<input type="checkbox"/>		

