



「入院内容報告書」の記入例


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


※手術給付金、およびご加入から2年以内の病気による入院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『「入院内容報告書」によるご請求にあたって』をご確認ください。

■以下の内容を必ず記入ください

- ① 「入院内容報告書」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「入院内容報告書」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。**
- ⑦ 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。


 a 3 3 3 4 1 3 0 1 . a



入院内容報告書

医師による証明は不要です。請求人ご本人様が記入ください。
 『「入院内容報告書」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

記載事項は事実と相違ありません。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、正当な支払額にて精算を行うこと

記入 **①** (和暦) 平成30年 6月 30日

(フリガナ) ニッセイ タロウ
 請求人 (自署) **②** 日生 太郎

入院内容記入欄（入院期間は領収証等から転記ください。）

1	傷病者氏名 (入院をされた方)	(フリガナ) ニッセイ タロウ ③ 日生 太郎	性別 <input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	生年月日 (和暦) 昭和50年 5月 15日
2	傷病名	④ 胃潰瘍 <small>具体的な病気、けがの名称を記入ください。（例：胃潰瘍・左手首の骨折等）</small>		
3	初診日	⑤ (和暦) 平成30年 4月 1日		
4	入院期間	1回目入院 (和暦) 平成30年 4月 1日 ~ (和暦) 平成30年 4月 7日		
		2回目入院 (和暦) 平成30年 4月 11日 ~ (和暦) 平成30年 4月 17日		
5	病院または診療所の名称	⑦ 日生	<input checked="" type="radio"/> 病院 <input type="radio"/> 診療所	消化器 科
	所在地	大阪	<input checked="" type="radio"/> 都道府県 <input type="radio"/> 市町村	大阪府大阪市中央区今橋3-5-10
	電話番号	(12)	日生 太郎 3456 7890	7890
	医師氏名		生保 一郎	医師

■留意事項

- 次の場合に「入院内容報告書」で請求いただけます。
 1. 入院給付金のみを請求で、入院日数が30日以内であること
 2. すでに退院していること
 3. 病気による入院の場合、加入(※)から2年経過後の入院であること
(※) 加入とは、責任開始日(復活日、増額・途中参加の責任開始日を含む)のことをいいます。
- 手術給付金、がん入院給付金、がん手術給付金、がん放射線治療給付金、特定損傷給付金を請求する場合は、当社所定の「入院・手術・3大疾病診断書（証明書）」の提出が必要です。
- 障がい給付金を請求する場合は、当社所定の「障がい診断書」の提出が必要です。

■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。

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"/>	⑤初診日	<input type="checkbox"/>
②請求人名	<input type="checkbox"/>	⑥入院期間	<input type="checkbox"/>
③傷病者氏名・性別・生年月日	<input type="checkbox"/>	⑦病院または診療所の名称	<input type="checkbox"/>
④傷病名	<input type="checkbox"/>		