

ЭМНЭЛЭГТ ХЭВТЭХ • МЭС ЗАСАЛ ХИЙЛГЭСЭН ТАЛААРХ ОНОШ(Эмнэлгийн гэрчилгээ)

Япон эрүүл мэндийн даатгалын компанид



Эмнэлэгт хэвтэх • мэс засал хийлгэх зэрэгтэй холбоотой эмчийн тодорхойлолт

1. Овог, Нэр	Эмнэлгийн бүртгэлийн дугаар ()	Хүйс ЭР ЭМ	Төрсөн огноо / /	он / сар / өдөр																												
2. (a) Эмчилгээ хийлгэх, эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх шалтгаан болсон гэмтэл/өвчний онош ※Гэмтсэн тохиолдолд "гэмтсэн тохиолдолд" гэсэн хэсгийг ч мөн бөглөнө үү.	Гэмтэл, өвчин илэрсэн огноо (гэмтэл авсан/өвдөж эхэлсэн огноо) он / сар / өдөр	Гэмтсэн тохиолдолд Хэрвэ дараах тохиолдлуудын аль нэг нь танд хамааралтай бол 2-р мөрийн (a) хэсэгт гэмтэл/өвчний оношоо бичнэ үү. ※Өвчөөс үүдэлтэй яс хугарал/мөгөөрсний хугарал хамаарахгүй																														
(b) Шалтгаан нь мэдэгдэж байгаа бол тухайн гэмтэл/өвчний онош	Гэмтэл, өвчин илэрсэн огноо (гэмтэл авсан/өвдөж эхэлсэн огноо) он / сар / өдөр	Яс хугарах ※Төрөлхийн, байнгын дахин дахин мултардаг, эсвэл менискийн гэмтэл/урагдал хамаарахгүй																														
(c) Хэвтэн эмчлүүлж байх явцад зэрэг эмчилгээ хийсэн (a) болон (b)-ээс өөр гэмтэл/өвчин, хүндрэлийн нэр	Гэмтэл, өвчин илэрсэн огноо (гэмтэл авсан/өвдөж эхэлсэн огноо) он / сар / өдөр	Шөрмөс тасрах ※Үений холбоос эд ургагдах, гэмтэх нь хамаарахгүй																														
3. Хорт хавдар, хүчүүр эдийн доторх хавдрын үүсгэвэр/CIS-ийн тохиолдолд	Энэ удаагийн гэмтэл/өвчнөөс өмнө танд хорт хавдар, эсвэл хүчүүр эдийн доторх хавдрын үүсгэвэр/CIS-ийн өвчний түүх байгаа юу? Тийм Үгүй	※"Тийм" гэж хариулсан тохиолдолд доор хэсэгт өвчний нэр болон оношлогдсон огноог бичнэ үү. [Өвчний нэр] [Оношлогдсон огноо] он / сар / үед																														
Онош баталгаажсан огноо	он / сар / өдөр	Өвчтөнд өөрт нь хорт хавдрын оношийг мэдэгдсэн эсэх Тийм Үгүй	"Тийм" бол мэдэгдсэн огноог бичнэ үү. он / сар / өдөр	Энэхүү хорт хавдар(хүчүүр эсийн доторх)-ын үүсгэвэрийн ангилал (Анхдагч хавдар) Дахилт Үсэрхийлэл																												
Гистологийн шинжилгээний онош	Байгаа	Гистологийн шинжилгээний онош		Нэвчсэн хавдар Нэвчээгүй хавдар / Хүчүүр эдийн доторх хавдар																												
	Байхгүй	※Гистологийн шинжилгээний онош "байгаа" гэсэн тохиолдолд доорх хэсгийг бөглөх шаардлагатай. Онош баталгаажуулсан арга болон үр дүнгийн хураангуй(олон сонголт хийж болно)		сTNM ангилал T() N() M()																												
Онош баталгаажуулсан арга болон үр дүнгийн хураангуй		Одоог хүртэлх эмчилгээний агуулга болон цаашдын эмчилгээний төлөвлөгөө (олон сонголт хийж болно)																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Арга</th> <th>Үр дүнгийн хураангуй</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Эс судлалын шинжилгээ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CT•MRI</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Судас тодорголтой рентген шинжилгээ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Бусад ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Арга	Үр дүнгийн хураангуй	<input type="checkbox"/> Эс судлалын шинжилгээ		<input type="checkbox"/> CT•MRI		<input type="checkbox"/> Судас тодорголтой рентген шинжилгээ		<input type="checkbox"/> Бусад ()		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Одоог хүртэлх эмчилгээ</th> <th>Цаашдын эмчилгээний төлөвлөгөө</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Хагалгаа</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Химийн эмчилгээ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Туяа эмчилгээ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Хөнгөвчлөх эмчилгээ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Бусад ()</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				Одоог хүртэлх эмчилгээ	Цаашдын эмчилгээний төлөвлөгөө	Хагалгаа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Химийн эмчилгээ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Туяа эмчилгээ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Хөнгөвчлөх эмчилгээ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Бусад ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Арга	Үр дүнгийн хураангуй																															
<input type="checkbox"/> Эс судлалын шинжилгээ																																
<input type="checkbox"/> CT•MRI																																
<input type="checkbox"/> Судас тодорголтой рентген шинжилгээ																																
<input type="checkbox"/> Бусад ()																																
	Одоог хүртэлх эмчилгээ	Цаашдын эмчилгээний төлөвлөгөө																														
Хагалгаа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Химийн эмчилгээ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Туяа эмчилгээ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Хөнгөвчлөх эмчилгээ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Бусад ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
4. Цочмог зүрхний шигдээсийн тохиолдолд	Цочмог зүрхний шигдээсээр өвчилж, анх эмчид үзүүлсэн өдрөөс эхлэн(тус өдрийг хамааруулна) 60 хоногоос дээш хугацаанд хөдөлмөрийн чадвараа хязгаарлах шаардлагатай болсон нөхцөл байдал(Хөнгөн гэрийн ажил гэх мэт хөнгөн хөдөлмөр болон оффисын ажил гэх мэт суурин ажлыг хийж чадах ч гэсэн, түүнээс илүү үйл ажиллагаандаа хязгаарлалт тавих шаардлагатай нөхцөл байдал) үргэлжилж байсан уу?			Тийм Үгүй																												
5. Тархинд цус харвасан тохиолдолд	Тархины цус харвалтаар өвчилж, анх эмчид үзүүлсэн өдрөөс эхлэн(тус өдрийг хамааруулна) 60 хоногоос дээш хугацаанд хэл ярианы бүрхшээл, хөдөлгөөн зохицуулах чадвар алдагдах(атакси), саажилт зэрэг бодитой мэдрэлийн тогтолцоонд үлдсэн үр дагавар үргэлжилсэн үү?			Тийм Үгүй																												
6. Анхны үзлэг	2 0 / /	он / сар / өдөр	Омнөх эсхүл илгээсэн эмч	[Эмнэлгийн байгууллагын нэр] [Эмчилгээний хугацаа] он / сар / он / сар																												
Эмчилгээний хугацаа	Эхний удаа	2 0 / /	он / сар / өдөр	~ 2 0 / /	он / сар / өдөр																											
	2 дахь удаа	2 0 / /	он / сар / өдөр	~ 2 0 / /	он / сар / өдөр																											
Хэрэв 3 болон түүнээс дээш удаа эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн бол "эмнэлэгт хэвтсэн огноо", "эмнэлэгтэс гарсан огноо"-г оруулна уу. (Хэвтэн эмчлүүлж байгаа тохиолдолд "одоогоор хэвтэн эмчлүүлж байгаа" гэж нэмж тэмдэглэнэ үү.)																																
7. Дээрх 2 дахь заалтад дурдсан гэмтэл/өвчний улмаас хийгдсэн мэс засал (байнгын гуурс тавих, этанол тарих эмчилгээ, хэвлийн хөндийн угаах эмчилгээгүүд мөн хамаарна.)	Мэс засал																															
Мэс засал	Мэс заслын нэр	Эхний удаа	Мэс засал хийлгэсэн огноо	он / сар / өдөр																												
		2 дахь удаа		он / сар / өдөр																												
	Тэмдэглэл	3 болон түүнээс дээш удаа мэс засал хийлгэсэн бол мэс заслын нэр, мэс засал хийлгэсэн огноог бичнэ үү.																														
8. Туяа эмчилгээ	Туяа шарлагын дэлгэрэнгүй	Нийт туяаны тун Gy Bq	Хугацаа	2 0 / / ~ 2 0 / / он / сар / өдөр он / сар / өдөр																												
9. Амбулаторийн эмчилгээ	Дээрх 2 дахь заалтад дурдсан гэмтэл/өвчний улмаас эмнэлэгтэс гарсны дараа эмчид үзүүлсэн өдрүүд дээрээ О тэмдэглэгээ тавина уу.(Үүнд эмч гэрээр үзлэг хийсэн өдөр багтах бөгөөд харин ирээдүйд үзүүлэхээр төлөвлөсөн өдрүүд хамаарахгүй.)																															
	он / сар /	/	Нийт өдөр	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																												
	он / сар /	/	Нийт өдөр	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																												
	он / сар /	/	Нийт өдөр	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																												
	он / сар /	/	Нийт өдөр	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																												
	он / сар /	/	Нийт өдөр	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																												
10. Эрх зүйн чадамж	Даатгалын нөхөн төлбөр, тэтгэмжийн мөнгө нэхэмжилж хүлээн авах үйлдлын утга учрыг ойлгох чадваргүй байгаа тохиолдолд, О тэмдэглэгээ тавина уу. (чадахгүй)																															
Дээр бичигдсэн бүхэн үнэн зөв болохыг үүгээр гэрчилж байна.																																
Эмнэлэгт эсвэл эмнэлгийн байгууллагын	Эмнэлгийн нэр :	Гэрчилсэн огноо: он / сар / өдөр																														
	Байршил :																															
	Эмнэлгийн тасаг :																															
	Утасны дугаар :																															
	Эмчийн нэр :																															
	Улс :			(гарын үсэг)																												

Эх хувийн олшруулсан хувь, эсвэл хуулбар(хувилан авсан хувь) дээр ч мөн адил гарын үсгээ зурна уу.

Эмчийн оношийн заалтуудын талаарх тайлбар

Заалт		Тайлбар болон анхаарах зүйлс
2	Эмчилгээ хийлгэх, хэвтэн эмчлүүлэх зэргийн шалтгаан болсон өвчин, гэмтлийн нэр	Эмчилгээ хийлгэх, хэвтэн эмчлүүлэх зэргийн шалтгаан болсон өвчин, гэмтлийн нэр нь даатгалын нөхөн төлбөр, тэтгэмжийн мөнгө олгох эсэхийг шийдвэрлэхэд зайлшгүй шаардлагатай мэдээлэл болно. Эмчилгээ хийлгэх, хэвтэн эмчлүүлэх зэргийн шалтгаанд хамаарахгүй бусад өвчний нэрийг "Энэ удаа хэвтэн эмчлүүлэх хугацаанд давхар эмчлүүлсэн (а) (b)-ээс бусад өвчин эсвэл гэмтэл, хүндрэл" гэсэн хэсэгт бөглөнө үү. ※Гэмтлийн улмаас "Яс хугарах", "Үений мултрал", "Шөрмөс тасрах"-ын аль нэгэнд нь эмчилгээ хийлгэсэн бол хэвтэн эмчлүүлээгүй байсан ч энэ хэсэгт өвчний нэрийг заавал бичнэ үү. (Жишээ нь: Баруун гар хугарсан гэх мэт.)
	Хэрэв шалтгаан нь тодорхой болсон бол тухайн өвчин, гэмтлийн нэр	Эмчилгээ, эмнэлэгт хэвтэх болсон өвчин, гэмтэл бий болох шалтгаан болсон өвчин, гэмтэл гэх мэт зүйлс байгаа бол бөглөнө үү. Мөн гэмтлийн тохиолдолд гэмтсэн шалтгааныг (зам тээврийн осол, өндрөөс унах гэх мэт) бичнэ үү.
	Энэ удаа хэвтэн эмчлүүлэх хугацаанд давхар эмчлүүлсэн (а) (b)-ээс бусад өвчин эсвэл гэмтэл, хүндрэл	Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлж байх хугацаанд хавсарч илэрсэн өвчин, гэмтэл болон хүндрэлүүдээс эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэх шаардлагатай байсан өвчин, гэмтлийг бичнэ үү.
	Өвчин, гэмтэл үүсэн огноо	Даатгалын гэрээний баталгаа эхэлснээс хойш үүссэн өвчин, гэмтэл зэргийн улмаас эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх, мэдээлэл хийлгэсэн тохиолдолд нөхөн төлбөр олгох тухай гэрээ(тусгай нөхцөл) байдаг. Тиймээс өөрийн мэдэж буй хэмжээндээ тухайн өвчин, гэмтэл үүссэн огноо(гэмтэл бол гэмтсэн огноо)-г бичнэ үү.
	Яс хугарах, Үений мултрал, Шөрмөс тасрах	Гэмтлийн улмаас "Яс хугарах", "Үений мултрал", "Шөрмөс тасрах"-ын аль нэгэнд нь эмчилгээ хийлгэсэн тохиолдолд даатгалын нөхөн төлбөр олгох тухай гэрээ(тусгай нөхцөл) байдаг тул холбогдох тохиолдолдээр <input type="radio"/> тэмдэглэгээ хийнэ үү. [Яс хугарах]...Ясны цууралт(бүрэн биш хугаралт) хамаарна. Эмгэг хугарал, аяндаа үүсэх хугарал(гадны цохилт, осолгүйгээр яс хугарах), мөгөөрсний хугарлыг хамааруулахгүй. [Үений мултрал]...Төрөлхийн, байнгын дахин дахин мултардаг, зуршил болсон үений мултралыг хамруулахгүй. Мөн менискийн гэмтэл/урагдал хамаарахгүй. [Шөрмөс тасрах]...Эмгэг(өвчний гаралтай) шалтгаантайг хамааруулахгүй. Мөн үений холбоос эдийн урагдал, гэмтэл нь хамаарахгүй.
3	Хорт хавдар, хучуур эдийн доторх хавдрын үүсгэвэр/CIS/	
	Хорт хавдар болон хучуур эдийн (эрт үеийн) доторх хавдрын түүх	Даатгалын гэрээний баталгаа эхэлснээс хойш, амьдралдаа анх удаа хорт хавдар эсхүл хучуур эдийн доторх хавдраар өвчилсөн тохиолдолд даатгалын нөхөн төлбөр олгох тухай гэрээ(тусгай нөхцөл) байдаг. Энэ удаа эмчлүүлж буй хорт хавдар, хучуур эдийн доторх хавдраас өвчлөхөөс өмнө ямар нэгэн байдлаар хорт хавдар, хучуур эдийн доторх хавдраар өвчилж байсан бол "Тийм" гэсэн хэсэгт <input type="radio"/> тэмдэглэгээ хийж, өвчний нэр болон оношлогдсон огноог бичнэ үү. Өвчилж байгаагүй тохиолдолд "Үгүй" гэсэн хэсэгт <input type="radio"/> тэмдэглэгээ хийнэ үү.
	Онош баталгаажсан огноо	Биопси буюу эдийн шинжилгээ эсвэл мэдээлэл зорьц зэргийн аль нэгээр хамгийн анх гистологийн шинжилгээний онош баталгаажсан огноог бичнэ үү. Энэ нь биопси буюу эдийн шинжилгээ өгсөн өдөр эсвэл мэдээлэл зорьц биш болохыг анхаарна уу.(Гистологийн шинжилгээ хийгдээгүй тохиолдолд гистологийн шинжилгээнээс өөр бусад төрлийн шинжилгээгээр онош баталгаажсан огноог бичнэ үү.)
	Ангилал (анхдагч хавдар, дахилт, үсэрхийлэл)	Үндсэн голомтод хийгдэх хавдрын мэдээлэл болон үсэрхийлсэн эсвэл дахисан хавдрын мэдээлэл нь нөхөн төлбөр олгох дүнгийн хувьд ялгаатай байж болзошгүй тул энэ удаагийн хорт хавдар эсхүл хучуур эдийн доторх хавдрын аль хамаарах ангилалд нь <input type="radio"/> тэмдэглэгээ хийнэ үү.
	сTNM ангилал Нэвчсэн хавдар Нэвчээгүй хавдар Хучуур эдийн доторх хавдар	Хорт хавдрын даатгалын гэрээний заалтууд дунд арьсны хавдар (меланома-г эс тооцвол), хучуур эдийн хавдар болон нэвчээгүй хавдарыг нөхөн төлбөр олгох өвчлөлд хамааруулдаггүй заалтууд байдаг. Тиймээс гистологийн шинжилгээний өмнөх сTNM ангиллыг бичнэ үү. Мөн нэвчдэст хавдар, нэвчээгүй хавдар болон хучуур эдийн хавдрын талаарх гистологийн шинжилгээний дараах (эцсийн) оношийг бичнэ үү.
Гистологийн шинжилгээ байхгүй тохиолдолд	Хэрэв гистологийн шинжилгээ хийлгээгүй бол оношийг баталгаажуулсан арга болон үр дүнгийн хураангуйг бичнэ үү. Мөн одоог хүртэлх эмчилгээний агуулга болон цаашдын эмчилгээний төлөвлөгөөг бичнэ үү.	
4-5	Цомгог зүрхний шигдээс болон тархинд цус харвах	Зүүн талд дурдсан өвчний улмаас хөдөлмөр эрхлэлт хязгаарлагдах эсвэл өвчний үлдэц шинж тэмдэг нь тодорхой хугацаанаас дээш хугацаанд үргэлжилсэн тохиолдолд нөхөн төлбөр олгох гэрээний заалт (тусгай нөхцөл) байдаг.
6	Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн хугацаа	Хэрэв 3 болон түүнээс дээш удаа эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн бол "эмнэлэгт хэвтсэн огноо", "эмнэлэгээс гарсан огноо"-г оруулна уу. (Хэвтэн эмчлүүлж байгаа тохиолдолд "одоогоор хэвтэн эмчлүүлж байгаа" гэж нэмж тэмдэглэнэ үү.) [Жишээ] ·Эмнэлэгт хэвтсэн 2023 он 4 сар 1 өдөр~Эмнэлэгээс гарсан 2023 он 5 сар 1 өдөр ·Эмнэлэгт хэвтсэн 2023 он 4 сар 1 өдөр~2023 он 5 сар 1 өдөр (одоо хэвтэн эмчлүүлж байгаа) Хэрэв эмнэлэгт олон удаа хэвтсэн тул энэ хэсэгт (хүснэгтэд) бүгдийг нь бичих боломжгүй бол тусдаа цаасан дээр (хавсралт) бичиж болно. Ингэх тохиолдолд энэ хэсэгт "Тусдаа хавсралттай" (別紙あり) гэж бичээд, тухайн хавсралт цаасан дээрээ мөн адил эмнэлгийн баталгаажуулах тамгыг даруулна уу.
	Эмчилгээний үр дүн <Эмнэлэгээс гарсан (Өөр эмнэлэгт шилжүүлэх мөн орно) · Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлж байгаа· Нас барснаар эмнэлэгээс гарсан· Тасаг шилжсэн>	Тодорхой хугацаанд эмнэлэгт хэвтсэний дараа эсэн мэнд эмнэлэгээс гарсан тохиолдолд нөхөн төлбөр олгох гэрээний заалт (тусгай нөхцөл) байдаг. Тиймээс эмчилгээний үр дүн буюу төсгөл (Эмнэлэгээс гарсан, Одоо хэвтэн эмчлүүлж байгаа, Нас барж гарсан, Тасаг шилжсэн) гэсэн хэсгүүдийн аль хамаарах дээр нь заавал <input type="radio"/> тэмдэглэгээ хийнэ үү.
8	Туяа эмчилгээ	Туяа эмчилгээ нь туяа эмчилгээ хийлгэсэн хугацаанаас хамаарч мэдээлэл нөхөн төлбөр олгох хамаарах тохиолдол байдаг. Тиймээс Гамма хутга, Сайбер хутга зэрэг эмчилгээ хийлгэсэн бол энэ хэсэгт бичнэ үү.
9	Амбулаторын эмчилгээ	Эмнэлэгээс гарсан өдрөөс хойш 120 хоногийн дотор амбулаториор ирж үзүүлсэн тохиолдолд нөхөн төлбөр олгох гэрээний заалт (тусгай нөхцөл) байдаг. Эмнэлэгт хэвтэх шалтгаан болсон тухайн өвчин, гэмтлийн улмаас эмнэлэгээс гарсны дараа танай эмнэлэгт ирж үзүүлсэн бол бөглөнө үү. (Ирээдүйд үзүүлэхээр товчлосон өдрийг оруулахгүй.) Мөн сар бүрийн үзлэгийн нийт өдрийн тоог заавал бичнэ үү.

Эмнэлгийн даатгалд хамрагдах, эсхүл нөхөн төлбөрийн өргөдөл гаргахаар төлөвлөж буй эрхэм харилцагч танд

Эмнэлгийн даатгалын нөхөн төлбөр олгох нөхцөл болох “эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх” тухай танд танилцуулж байна. Дэлгэрэнгүйг гэрээний товч гарын авлага болон гэрээний нөхөн төлбөр олгох нөхцөл хэсгээс харна уу.

Гэрээнд заасан нөхөн төлбөр олгох нөхцөл болох “Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх” гэдэгт дор дурдсан (А) ~ (С) заасан тохиолдлууд хамаарна.

(А) Эмчийн хяналтанд эмчилгээ хийгдэх шаардлагатай

Нөхөн төлбөр олгохгүй нөхцөл

Эмчилгээ хийлгэх зорилгоор бус шинжилгээ хийлгэх зорилгоор эмнэлэгт хэвтэж, улмаар шинжилгээний хариу эмчилгээ хийх шаардлагатай, хэвийн бус шинж тэмдэг илэрсэн гэж гараагүй тохиолдолд



⇒ “Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх” даатгалын тохиолдолд хамаарахгүй

(В) Гэрээр болон амбулаторийн эмчилгээ хийгдэхэд хүндрэлтэй

Нөхөн төлбөр олгохгүй нөхцөл

Шинжилгээгээр хэвийн бус шинж тэмдэг илрээгүй ч амрах зорилгоор эмнэлэгт хэвтэж, улмаар амрах, эм уух зэрэг эмчилгээ хийгдсэн тохиолдолд



⇒ “Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх” даатгалын тохиолдолд хамаарахгүй

(С) Байнгын эмчийн хяналтанд байх, эмчилгээнд бүрэн төвлөрөх шаардлагатай

Нөхөн төлбөр олгохгүй нөхцөл

Эмнэлэгт хэвтэж байх хугацаанд хийгдэж буй эмчилгээтэй хамааралгүйгээр гадуур их цаг зарцуулж, гадуур хонох үйлдлийг удаа дараа гаргасан тохиолдолд



⇒ “Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх” даатгалын тохиолдолд хамаарахгүй

○ “Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх” даатгалын тохиолдолд хамаарах эсэхийг дан ганц эмчийн шийдвэрээр бус, манай компанийн зүгээс эмчилгээний агуулга, шинжилгээний хариу, өвчтөний биеийн байдлыг шалгасны үндсэнд Японы эмнэлгийн стандарт журмыг харгалзан үзэж тогтооно.

○ Таны ирүүлсэн өвчний онош тодорхойлсон баримт бичгийг агуулгад үндэслэн манай компанийн нөхөн төлбөрийн мэргэжилтэн (манай компаниас итгэмжилсэн холбогдох ажилтууд хамаарна) нь өргөдөл болон мэдэгдлийн агуулга, даатгалын нөхөн төлбөр олгох тухай шаардлагын агуулга зэргийг шалгаж баталгаажуулах тохиолдол бий.

Энэ тохиолдолд бид таны гаргасан өргөдлийг аль болох хурдан шийдвэрлэхийг хичээх боловч бий болсон тохиолдлын агуулга, эмнэлгийн байгууллагын байршил, нөхцөл боломж болон бусад хүчин зүйлээс хамааран дотоодын эмнэлгийн байгууллагын хүсэлтийг баталгаажуулахад ойролцоогоор нэг сар буюу түүнээс дээш хугацаа, гадаадын эмнэлгийн байгууллагын хүсэлтийг баталгаажуулахад ойролцоогоор гурван сар буюу түүнээс дээш хугацаа шаардагдах боломжтой.

■ Эмчилгээний дэмжлэг болгож олгох даатгалын нөхцөл / Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх даатгалын нэгдсэн олговрын гэрээний нөхцөл Хавсралт 3 7 · 3 8 (иш татав)

“Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх” гэдэг нь, Эмч (хураангуйлав) эсхүл шүдний эмчийн эмчилгээ (хураангуйлав) шаардлагатай, мөн гэрээр (хураангуйлав) болон амбулаторийн байдлаар эмчилгээ хийгдэх боломжгүй учраас эмнэлэг, эмнэлгийн байгууллагад очин эмч, шүдний эмчийн хяналтанд төвлөрсөн эмчилгээ хийлгэхийг хэлнэ.

“Эмнэлэг, эмнэлгийн байгууллага” гэдэгт доор заасан зүйлсийн аль нэг хамаарна.

- (1) Эмчилгээний тухай хуульд заасан Япон улсад үйл ажиллагаа явуулдаг эмнэлэг, эсхүл өвчтөнийг хүлээн авах зорилгоор байгуулагдсан эмчилгээний байгууллага (хураангуйлав) Мөн амбулаторийн мэс заслын нөхөн олговрын тухайд өвчтөнийг хэвтүүлэн эмчлэх оргүй буюу байгууламжгүй эмнэлгийг мөн хамруулна. Гэвч Асрамжийн даатгалын тухай хуульд заасан ахмад настны сэргээн засах асрамжийн байгууллага болон Ахмад настны халамжийн тухай хуульд заасан ахмад настны халамжийн байгууллага, түүнчлэн төлбөртэй асрамжийн газруудыг хамруулахгүй.
- (2) Өмнөх зүйлд заасантай адил төрлийн үйл ажиллагааг Япон улсын гадна явуулдаг эмнэлгийн байгууллага

■ Даатгалын нөхөн төлбөр олгохгүй үндсэн тохиолдлууд

- Гоо сайхны эмчилгээ хийлгэхээр эмнэлэгт хэвтэх
- Дасгал хөдөлгөөн болон хоолны дэглэмд төвлөрч, биеийн байдлыг сайжруулах, эрүүл мэндээ сайнаар нь хадгалахыг үндсэн зорилго болгон эмнэлэгт хэвтэх
- Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлж, зайлшгүй эмчилгээ хийлгэх шаардлагатай өвчний шинж тэмдэг хангалттай илрээгүй үед эмнэлэгт хэвтэх (Жишээ нь: эмчийн үзлэг, шинжилгээгээр ямар нэгэн хэвийн бус өөрчлөлт илрээгүй боловч зөвхөн өвчтөн өөрийн мэдэрсэн шинж тэмдэгт тулгуурлан хэвтэн эмчлүүлсэн тохиолдол)
- Эмчилгээний үндсэн зорилгогүйгээр онош тогтоохын тулд шинжилгээ хийлгэхээр эмнэлэгт хэвтэх (Жишээ нь: шөнийн полиграфийн шинжилгээ (PSG) эсвэл хоол боловсруулах замын дурангийн шинжилгээний улмаас эмчилгээний үндсэн зорилгогүй хэвтсэн тохиолдол)
- Сахиур хийх зорилгоор эмнэлэгт хэвтэх
- Хэвийн төрөлтөөс болж эмнэлэгт хэвтэх (хэвийн бус төрөлтөөс болж эмнэлэгт хэвтэх нь даатгалын тохиолдолд хамаарна)



日本生命保険相互会社

NISSAY Төв оффис: 3-5-12 Имбаши, Чуо-ку, Осака 541-8501
Токиогийн төв оффис: 1-6-6 Марүночи, Чиёода-ку,
Токио 100-8288

< Ниссей Тотал Партнер >

医療保険へのご加入や給付金のご請求を検討されているお客様へ

医療保険のお支払事由である約款所定の「入院」について、ご案内いたします。
詳細はご契約のしおり・約款等をご確認ください。

約款で定める支払対象となる「入院」は以下（A）～（C）に該当する場合です

（A）医師による治療が必要

支払対象外例

治療ではなく検査のみを目的とした入院で、検査の結果も治療が必要なほどの異常が確認されなかった場合



⇒支払対象となる「入院」には該当しません

（B）自宅・通院で治療困難

支払対象外例

検査では異常なかったが安静目的の入院で、治療は安静と内服薬の投薬のみの場合



⇒支払対象となる「入院」には該当しません

（C）常に医師の管理下において治療に専念

支払対象外例

入院中、治療とは無関係の外出・外泊が多く、病院外にいる時間が長かった場合



⇒支払対象となる「入院」には該当しません

- 支払対象となる「入院」に該当するかどうかは、**医師の判断だけでなく、当社において治療内容、検査結果及びその推移等を確認のうえ、入院当時の日本国内における医学的水準に照らして判断させていただきます。**
- ご提出いただいた診断書等の内容によっては、**当社の確認担当職員（当社が委託した確認担当者を含む）が、申込内容、告知内容、保険金等の請求内容等を確認させていただくことがあります。**その際は、迅速にお手続きができるよう努めてまいります。照会の内容や医療機関の所在・都合等の事情により、国内の医療機関については概ね1か月以上、海外の医療機関については概ね3か月以上の確認期間を要する場合がございます。

■治療サポート保険給付約款／入院総合保険給付約款 別表37・38（抜粋）

「入院」とは、**医師（略）または歯科医師による治療（略）が必要**であり、かつ、**自宅等（略）での治療または通院による治療によっては治療の目的を達することができないため、病院または診療所に入り、常に医師または歯科医師の管理下において治療に専念すること**をいいます。

「病院または診療所」とは、つぎの各号のいずれかに該当したものとします。

- （1）**医療法に定める日本国内にある病院または患者を入院させるための施設を有する診療所（略）**。ただし、外来手術給付金については、患者を入院させるための施設を有しないものを含みます。なお、介護保険法に定める介護老人保健施設および介護老人福祉施設ならびに老人福祉法に定める老人福祉施設及び有料老人ホームは含まれません。
- （2）前号の場合と同等の日本国外にある医療施設

■支払対象とならない主な事例

- 美容上の処置による入院
- 運動療法・食事療法を中心とした体質改善や健康維持管理を主たる目的とする入院
- 入院による治療の必要性を裏付けるに足りる他覚所見が得られない入院（例えば、医師による診察・検査では異常所見は認められなかったものの、自覚症状のみを理由として入院をした場合）
- 治療を主たる目的としない診断のための検査による入院（例えば、終夜睡眠ポリグラフ検査（PSG検査）や消化器内視鏡検査による入院で、治療を主たる目的としない入院）
- 介護を主たる目的とする入院
- 正常分娩による入院（異常分娩による入院は支払対象となります。）



日本生命保険相互会社

NISSAY 本店：〒541-8501 大阪市中央区今橋3-5-12
東京本部：〒100-8288 東京都千代田区丸の内1-6-6

<ニッセイ・タルパートナー>