

はじめに  
お読みください

- 治療状況報告書は、当社所定の診断書の提出に代えて、受取人(被保険者)に記入いただくものです。
- 利用できる場合、客観資料を確認のうえ治療状況報告書を記入してご提出ください。

### 1 利用できる場合の確認

以下の全てに該当する場合、「治療状況報告書」をご利用できます。

#### チェック

- 給付金の請求であること
- 給付金種類に応じた客観資料の添付があること ……………▶ **詳細は2の表を参照**
- 退院後の請求であること(入院中のときはご利用できません)
- 医療機関での入院であること(整骨院や接骨院は除く)\*1

\*1 柔道整復師法に定める施術所(整骨院や接骨院)は医療機関には該当しません。



### 2 客観資料の準備

給付金種類により添付する客観資料を確認、ご準備ください。資料は**いずれもコピーでの提出可**です。

給付金種類*2	●入院給付金 ●入院支援給付金	●三大疾病入院給付金 ※「疾病入院給付金」の倍額を 給付する給付金	●手術給付金	〈治療支援給付特約 ご加入者限定〉 ●外来手術給付金 ●外来放射線治療給付金	●集中治療給付金	●先進医療給付金
客観資料(添付資料)	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 領収書 および <input type="checkbox"/> 入院診療計画書等	<input type="checkbox"/> 領収書 および <input type="checkbox"/> 診療明細書	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 診断書	<input type="checkbox"/> 診断書 および <input type="checkbox"/> 領収書
	・入院期間(入院日、退院日等)が客観的に確認できる医療機関発行の領収書等のコピー	・入院期間(入院日、退院日等)が客観的に確認できる医療機関発行の領収書等のコピー ・がん、急性心筋梗塞、脳卒中等の病名が記載されている医療機関発行の入院診療計画書等のコピー	・手術を受けたことが客観的に確認できる医療機関発行の領収書等のコピー ・手術名等が客観的に確認できる医療機関発行の診療明細書のコピー ※外来・入院中を含みます ※ご加入内容を確認のうえ、治療支援給付特約の「外来手術給付金」のみ請求の場合は右欄「●外来手術給付金」を確認ください	・外来手術、外来放射線治療を受けた日が客観的に確認できる医療機関発行の領収書等のコピー(治療を受けた日の療養に係る診療(調剤)報酬点数が記載されたもの) ※治療支援給付特約の「外来手術給付金」「外来放射線治療給付金」のみ請求の場合 ※治療支援給付特約以外の「手術給付金」も請求の場合は左欄「●手術給付金」を確認ください	・傷病名・入院期間(入院日・退院日等)・集中治療室治療期間(開始日・終了日等)の治療状況詳細が確認できる医師の署名または押印のある診断書のコピー	・傷病名・先進医療技術名等の治療状況詳細が確認できる医師の署名または押印のある診断書のコピー ・先進医療の治療を受けた日および先進医療の技術に係る費用が客観的に確認できる医療機関発行の領収書等のコピー

\*2 上記以外の保険金・給付金についてはご利用できません。

- ▲ 領収書等のイメージは別紙「領収書・入院診療計画書のご案内」または「領収書・診療明細書のご案内」を参照ください。
- ▲ 医療機関発行の領収書・診療明細書等の保険者番号および被保険者等記号・番号、二次元コードはマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください。

### 3 治療状況報告書の記入

#### ① 署名欄

記載内容を確認のうえ、記入日・署名欄・被保険者との続柄を受取人が必ず記入ください。

#### ② 記載事項

被保険者名：治療を受けた方の氏名・性別・生年月日を記入ください。

傷病名：医療機関で発行された書類などを確認のうえ、正確に記入ください。

▲ 手術・検査名ではありません。

左記傷病の原因：「傷病名」のその原因がある場合に病名を記入ください。

(不明の場合は記入不要です。事故の場合は必ず記入ください。)

#### ③ 添付書類

ご加入いただいている契約内容を確認のうえ、給付金種類に応じた添付書類をご準備ください。

#### ④ 入院

領収書等を確認のうえ、正確に記入ください。

#### ⑤ 手術

手術名：診療明細書を確認のうえ、正確に記入ください。

部位：右、左または両方に該当する手術の場合はチェックしてください。

⑤-1

不慮の事故を原因とした入院で、入院期間中に「抜釘術」「瘢痕形成術」を受けた場合はチェックしてください。

#### ⑥ 放射線・温熱療法

施術開始日から60日の間に1回まで給付できます。

# 治療状況報告書 (添付資料)

領収書・入院診療計画書のご案内

⚠ 医療機関発行の領収書・診療明細書等の保険者番号および被保険者記号・番号、二次元コードはマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください

## 入院給付金・入院支援給付金・三大疾病入院給付金

見本 領収証 (医療診療報酬の例)

患者番号 氏名 様

請求期間(入院の場合) 2022年3月1日~2022年3月15日

受診科 入・外 入院 領収書No. 発行日 費用区分 負担割合 本・家 区分

初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬
320点	2050点	点	点	点	点	890点
注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療
点	点	点	点	点	点	点
病理診断	診断群分類(DPC)	食事療養	生活療養			
点	点	円	円			

評価療養・測定療養 先進医療

保険外負担 (内訳)

保険	保険 (食事・生活)	保険外負担
合計	円	円
負担額	円	円
領収書合計		円

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇病院 領収印

### チェック

- ① 入院期間(入院日および退院日)が記載されていますか。
- ② 入院した場合、「入院」と記載されていますか。
- ③ 入院した場合、「入院料等」に点数の記載がありますか。

● 医療機関(病院または診療所)から発行された領収書

## 三大疾病入院給付金

見本 入院診療計画書

(患者氏名) 若葉 実里 様

2022年 3月 1日

病棟(病室)

主治医以外の担当者

病名 肺癌

症状

治療計画

検査内容及び日程

手術内容及び日程

推定される入院期間

その他

(主治医氏名) 明安 一郎 (本人または家族)

### チェック

- ④ 患者氏名は記載されていますか。
- ⑤ 作成日は記載されていますか。
- ⑥ 三大疾病(がん、急性心筋梗塞、脳卒中)の病名が記載されていますか。  
※がんには「平成31年4月2日以降に診断確定された子宮頸部等の中等度異形成」、「骨髄異形成症候群」、「慢性骨髄増殖性疾患」、「本態性(出血性)血小板血症」などを含みます。  
※〇〇がんの疑い、狭心症、一過性脳虚血発作などは三大疾病に含まれません。
- ⑦ 主治医の自署、または、押印がありますか。

● 医療機関(病院または診療所)から発行された入院診療計画書等

## 先進医療給付金

見本 領収証 (医療診療報酬の例)

患者番号 氏名 様

請求期間 2022年2月1日

受診科 外 外 領収書No. 発行日 費用区分 負担割合 本・家 区分

初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬
320点		点	点	点	点	890点
注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療
点	点	点	点	点	点	点
病理診断	診断群分類(DPC)	食事療養	生活療養			
点	点	円	円			

評価療養・測定療養 先進医療 750,000円

保険外負担 (内訳)

保険	保険 (食事・生活)	保険外負担
合計	円	円
負担額	円	円
領収書合計		円

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇病院 領収印

### チェック

- ⑧ 先進医療の場合、治療を受けた日が記載されていますか。
- ⑨ 先進医療の場合、技術にかかる費用が記載されていますか。

● 医療機関(病院または診療所)から発行された領収書

※各領収書等の見本は一例です。発行する医療機関等により、記載内容やフォーマットが異なる場合があります。

# 治療状況報告書(添付資料)

領収書・診療明細書のご案内

**!** 医療機関発行の領収書・診療明細書等の保険者番号および被保険者記号・番号、二次元コードはマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください

## 手術給付金

手術給付金(領収書)

**見本**

**1 領 収 証**

患者番号	氏 名	様		請求期間	2022年3月1日~2022年3月15日	
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家 区 分
初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投 薬
320点	点	点	点	点	点	点
注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
点	点	点	点	60,170点	点	5,140点
病理診断	診断群分類(DPC)	食事療養	生活療養			
点	点	円	円			
評価療養・測定療養	先進医療					
保険外負担	(内訳)	(内訳)				
合計	円	円	円	円	円	円
負担額	円	円	円	円	円	円
領収書合計						

東京都〇〇区〇〇 〇〇-〇〇-〇〇  
〇〇〇病院 〇〇〇〇 領収印

● 医療機関(病院または診療所)から発行された領収書

### チェック

- ① 領収書と診療明細書をお持ちですか。
- ② 手術を受けた日が請求期間内に含まれていますか。
- ③ 手術・放射線治療・温熱療法を受けた場合、「手術」・「放射線治療」に点数の記載がありますか。

**!** 手術を受けられた場合でも入院期間が5日以内の場合は短期滞在手術等基本料として算定され、「入院料等」にのみ点数の記載があるケースがあります。手術有無は診療明細書でも確認できますので、領収書そのままご提出ください。

手術給付金(診療明細書)

**見本**

**1 診療明細書**

患者番号	氏 名	様		発行日	年 月 日
区分	項目名	点数	回数	自費金額	
手術	* 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	60,170	1		
	キシロキノンビスカス2%	5点			
	ガスチーム 20,000単位	1包			

● 医療機関(病院または診療所)から発行された診療明細書

### チェック

- ④ 手術名が記載されていますか。

**!** 複数枚ある場合は全て提出ください。

## 外来手術・外来放射線治療給付金

**見本**

**領 収 証**

(医療診療報酬の例)

患者番号	氏 名	様		請求期間	2022年2月20日	
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家 区 分
初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	薬
320点	点	点	点	点	点	890点
注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
点	点	点	点	2,050点	点	1,750点
病理診断	診断群分類(DPC)	食事療養	生活療養			
点	点	円	円			
評価療養・測定療養	先進医療					
保険外負担	(内訳)	(内訳)				
合計	円	円	円	円	円	円
負担額	円	円	円	円	円	円
領収書合計						

東京都〇〇区〇〇 〇〇-〇〇-〇〇  
〇〇〇病院 〇〇〇〇 領収印

● 医療機関(病院または診療所)から発行された領収書

### チェック

- ⑤ 外来手術または外来放射線治療を受けた日が記載されていますか。
- ⑥ 入院を伴わない手術等の場合、「外来」と記載されていますか。
- ⑦ 外来手術または放射線治療を受けた場合、治療を受けた日の療養に係る診療(調剤)報酬点数(手術料または放射線治療料等)が記載されていますか。

(別紙様式3) **領 収 証** (調剤報酬の例)

患者番号	氏 名	様		請求期間	2019年2月20日	
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家 区 分
初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	薬
320点	点	点	点	点	点	890点
注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
点	点	点	点	420点	点	1360点
病理診断	診断群分類(DPC)	食事療養	生活療養			
点	点	円	円			
評価療養・測定療養	先進医療					
保険外負担	(内訳)	(内訳)				
合計	円	円	円	円	円	円
負担額	円	円	円	円	円	円
領収書合計						

東京都〇〇区〇〇 〇〇-〇〇-〇〇  
〇〇〇病院 〇〇〇〇 領収印

● 薬局から発行された領収書

外来手術給付金の請求に際し、医療機関(病院または診療所)に通院した際に発行された処方せんに基づき、薬局で薬の処方を受けた場合の調剤報酬点数も診療報酬点数に加算されますので、あわせて提出ください。

※各領収書等の見本は一例です。発行する医療機関等により、記載内容やフォーマットが異なる場合があります。

## ①署名欄

当報告書の使用にあたり、「記入のご案内」を確認し、以下のことについて了承のうえ請求します。

- 記載内容に相違ないことを確認し、万一事実と異なることが判明した場合は、給付金が支払われず、また、既に支払われた給付金があるときはこれを返還すること
- 添付書類(医療機関発行の領収書や入院診療計画書・診療明細書等、または病院発行の貴社所定外の診断書コピー等)について支払可否が判断できない場合は貴社所定の診断書を提出すること
- 治療を受けられた病院または診療所に、貴社が不明点等を確認すること

令和  年  月  日

受取人

被保険者  
との続柄

※受取人が未成年などの場合は、親権者(後見人)がご署名ください。

## ②記載事項

被保険者名 (治療を受けた方)	※受取人と被保険者が異なる場合は必ずご記入ください。		性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和 <input type="text"/> 平成 <input type="text"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
傷病名	左記傷病の原因	病気の場合 ※「傷病名」のその原因がある場合に病名をご記入ください。 事故の場合(転倒等) ※不慮の事故が原因の場合には「受傷状況報告書」をあわせてご提出ください。				
初診日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	発症日 または 事故日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	

## ③添付書類

給付金種類に応じて、添付書類(いずれもコピー可)のご提出をお願いします。詳細は「記入のご案内」を参照ください。

給付金種類	●入院給付金 ●入院支援給付金	●三大疾病入院給付金	手術(外来・入院時) ●手術給付金 ※外来・入院中を含みます ※治療支援給付特約の「外来手術給付金」のみご請求の場合は右欄となります	<治療支援給付特約ご加入者限定> 外来手術・外来放射線 ●外来手術給付金 ●外来放射線治療給付金	●集中治療給付金	●先進医療給付金
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書等(*1)	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書(*2)	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 診断書	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診断書

(\*1)医療機関発行の  
傷病名記載のある書類

(\*2)複数枚ある場合は  
全てご提出ください

## ④入院

④、⑤-1へ

④へ

⑤、⑥へ

⑤もしくは⑥へ

以下、記入不要

入院	入院期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	～	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	～	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	～	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

## ⑤手術

手術名は、診療明細書を確認のうえ正確にご記入ください。

手術名	部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	手術日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 両方				
手術名	部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	手術日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 両方				
手術名	部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	手術日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 両方				

## ⑤-1

不慮の事故が原因で入院期間中に以下の手術を受けられた場合のみ、該当の手術にチェックしてください。

抜釘術  
瘢痕形成術

抜釘術 [骨を固定するために使われたボルト・プレート・鋼線等を取り出すための手術]

瘢痕形成術 [熱湯や手術等による傷痕の凹凸やひきつれ等を目立たなくするための手術]

## ⑥放射線・温熱療法

放射線照射  
 温熱療法

[開始日]

平成 令和
 年 月 日 |

[終了日]

平成 令和
 年 月 日 |

※当会社所定の診断書を提出の場合は当報告書の提出は不要となります。

保存 ㊤ 永久 71291 2022.01(2022.03改訂)