

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、請求者(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。
- 入院保険金の支払事由に該当する入院を2回以上し、かつ、それぞれの入院の直接の原因となった傷害もしくは疾病が同一かまたは医学上重要な関係があるときは1回の入院とみなします。ただし最終の入院の退院日の翌日からその日を含めて180日経過後に開始した入院については、新たな入院とみなします。

### 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**
- 保険金の請求であること
  - 保険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

保険金種類により添付する客観資料を確認、ご準備ください。

保険金種類	客観資料(添付資料)
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疾病・傷害入院保険金</li> <li>● 疾病・傷害入院支援保険金</li> <li>● 疾病・傷害入院初期費用保険金</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 領収書</li> </ul> <p>・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</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疾病・傷害手術保険金</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 領収書</li> <li><input type="checkbox"/> 診療明細書</li> </ul> <p>・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</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 三大疾病入院保険金</li> <li>● 糖尿病・高血圧入院保険金</li> <li>● 腎臓病・肝臓病入院保険金</li> <li>● 女性疾病入院保険金(悪性新生物のぞく)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 領収書</li> <li><input type="checkbox"/> 入院診療計画書等</li> </ul> <p>・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 ・該当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</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 三大疾病手術保険金</li> <li>● 糖尿病・高血圧手術保険金</li> <li>● 腎臓病・肝臓病手術保険金</li> <li>● 女性疾病手術保険金(悪性新生物のぞく)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 領収書</li> <li><input type="checkbox"/> 診療明細書</li> <li><input type="checkbox"/> 手術同意書等</li> </ul> <p>・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 ・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 ・該当の病名が記載されている医療機関発行の手術同意書等のコピー</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 女性疾病入院保険金(悪性新生物の場合)</li> <li>● 女性疾病手術保険金(悪性新生物の場合)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 診断書</li> </ul> <p>・傷病名・入院期間(入院日・退院日等)・手術日・病理組織診断結果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</p>

介護保険・親介護保険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「添付資料のご案内」を参照ください

### 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、請求者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。**  
上記傷病の原因：「傷病名」のその原因がある場合に病名を記入ください。(病気の場合) (不明の場合は記入不要です)

**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、保険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。

**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。

疾病・傷害入院保険金、疾病・傷害入院支援保険金、疾病・傷害入院初期費用保険金  
 三大疾病入院保険金、糖尿病・高血圧入院保険金、腎臓病・肝臓病入院保険金  
 女性疾病入院保険金（悪性新生物のぞく）

## ○領収書

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

受診料 入・外 領収書No. 発行日 費用区分 負担割合 本・家 区分

入院 3 年月日

保 険	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
保 険 外 負 担	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・選定療養	先進医療	保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
(内訳)	(内訳)	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 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。

三大疾病入院保険金、糖尿病・高血圧入院保険金、腎臓病・肝臓病入院保険金  
 女性疾病入院保険金（悪性新生物のぞく）

## ○入院診療計画書

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名

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 (明安)

(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 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
- 入院診療計画書に傷病名の記載がない場合は、医療機関（病院または診療所）から発行された傷病名の記載のある退院証明書等をご提出ください。

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。

疾病・傷害手術保険金、三大疾病手術保険金、糖尿病・高血圧手術保険金  
腎臓病・肝臓病手術保険金、女性疾病手術保険金（悪性新生物のぞく）

### ○領収書

見本

① 領 収 証

② 請求期間  
2022年3月1日～2022年3月15日

患者番号	氏 名	様
受診科	入・外	領収書No.
発行日	費用区分	負担割合
年 月 日		本・家 区 分

保 険	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
	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				

保険外 負担	評価療養・測定療養	先進医療	保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
	(内訳)	(内訳)	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

### ○診療明細書

見本

① 診療明細書

発行日 年 月 日

患者番号	氏 名	様
------	-----	---

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	
	シロカインピスカス2%	5g		
	ガスチウム 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

- 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、領収書もそのままご提出ください。

### 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。

三大疾病手術保険金、糖尿病・高血圧手術保険金  
腎臓病・肝臓病手術保険金、女性疾病手術保険金（悪性新生物のぞく）

### ○手術同意書

見本

手術同意書

(患者氏名) 若葉 実里 様

年 月 日

傷 病 名	⑤ 肺癌
治 療 計 画	
手 術 名	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術
手術内容・手術日程	

(担当医師名) 明安 一郎 殿

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、十分に理解した上で手術を受けることに同意いたします。

(患者氏名) 若葉 実里

### チェック

- ⑤ 傷病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。

●医療機関（病院または診療所）から発行された手術同意書

●手術同意書に傷病名の記載がない場合は、医療機関（病院または診療所）から発行された傷病名の記載のある退院証明書等をご提出ください。

※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、保険金が支払われず、また、既に支払われた保険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、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 請求者

被保険者  
との続柄

※請求者が未成年などの場合は、親権者(後見人)が署名ください。

② 記載事項

被保険者名 (治療を受けた方)	性別		男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 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「傷害事故状況報告書 兼 事故証明書」をあわせて提出ください。		
初診日	発症日 または 事故日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		

※請求者と被保険者が異なる場合は必ずご記入ください。  
 ※入院期間が複数回あり、入院原因傷病名が複数ある場合は、例のようにご記入ください。例(1)傷病名A(2)傷病名B

③ 添付書類

保険金種類により、添付する客観資料の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)

保険金種類	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疾病・傷害入院保険金</li> <li>● 疾病・傷害入院支援保険金</li> <li>● 疾病・傷害入院初期費用保険金</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疾病・傷害手術保険金</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 三大疾病入院保険金</li> <li>● 糖尿病・高血圧入院保険金</li> <li>● 腎臓病・肝臓病入院保険金</li> <li>● 女性疾病入院保険金(悪性新生物のぞく)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 三大疾病手術保険金</li> <li>● 糖尿病・高血圧手術保険金</li> <li>● 腎臓病・肝臓病手術保険金</li> <li>● 女性疾病手術保険金(悪性新生物のぞく)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 女性疾病入院保険金(悪性新生物の場合)</li> <li>● 女性疾病手術保険金(悪性新生物の場合)</li> </ul>
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書等 ● 医療機関発行の傷病名記載のある書類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 手術同意書等 ● 医療機関発行の傷病名記載のある書類	<input type="checkbox"/> 診断書

④ 入院

入院期間

(1) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日  
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

(2) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日  
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

(3) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日  
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

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

⑥ 放射線・温熱療法

放射線照射 [開始日] 平成 年 月 日 ~ [終了日] 平成 年 月 日  
 温熱療法 令和 年 月 日 ~ 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。