

# 全理連・療養補償共済制度 医療補償コース 給付金(保険金)請求書

年 月 日

損害保険ジャパン株式会社 宛

下記の通り委任を受けましたので、関係書類を添付して保険金を請求いたします。

理容生活衛生同業組合

本書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金請求しますので、下記口座にお振込みください。

請求者  
(理事長)

なお、指定口座への振込をもって保険金の支払がなされたものと認めます。

私は上記保険金請求者を代理人と認め、上記保険事故にかかわる保険金請求ならびに受領に関する一切の権限を委任いたします。

同一の損害または費用に対して、本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等(保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいいます。本書面では同様とします)から、保険契約で定められた保険金等の額を超えて保険金等の支払を受けた場合には、保険契約で定められた保険金等を超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還します。(貴社または他の保険契約等の保険会社・共済から返還方法の指定があった場合には、その方法に従います)。

(住所) \_\_\_\_\_  
TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
(フリガナ) \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

被保険者(加入者)との関係:  
法定相続人(親権者): \_\_\_\_\_  
その他(続柄): \_\_\_\_\_  
加入者死亡の場合は法定相続人、未成年の場合は親権者の住所・氏名を記載してください。  
その他は特別な事情がある場合のみで、続柄も記載してください。

また、他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を求償することに同意します。貴社が本保険金請求に関する私の個人情報を、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払金額の算定等)・引受判断および各種サービスの提供のために取得・利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報を下記のとおり取得・利用・提供することに同意します。

- 貴社が、保険事故の原因、内容、損害・責任の程度の確認、損害賠償義務者への求償手続等のために、保険事故の関係者(保険事故の当事者、損害保険会社・共済、医療機関、社会保険、修理業者等をいいます。)、業務委託先(保険代理店を含みます。)、警察署、消防署、その他必要な関係先に対して個人情報の提供を行い、またはこれらの者から提供を受けること。
  - 貴社が、契約者に対して、事故状況、経過、支払内容等の情報について提供すること。
  - 貴社が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、貴社のグループ会社、他の損害保険会社・共済等に個人情報の提供もしくは個人データの登録を行い、またはこれらの者から提供を受ける場合があること。
  - 貴社が、再保険金の受領のために再保険引受会社等に個人情報の提供を行う場合があること。
  - 他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険金等に関する情報)を、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等へ提出すること、また、その損害保険会社・共済等から提供を受け、利用すること。その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、また貴社から提供を受け、利用すること。
- ※個人情報には、過去および将来に取得するもの、並びに事業の適切な運営を確保するため業務遂行上必要な範囲で、事故事実・損害の確認に必要な医療情報および請求権者・相続人確定に必要な戸籍関連情報が含まれます。

県名	支 部 名	加入者(被保険者)	資 格
		フリガナ _____ 1. 男 2. 女 満 歳	1. 組合員 2. 従業員 3. 家族
加入者番号	年 月 日 午前 午後 時 分頃	大・昭・平 年 月 日 生	
(傷害・疾病) 傷病発生日	初 診 日	傷 病 名	
事 故 場 所	治 療 期 間		
	入 院 期 間		
	通 院 期 間 (悪性新生物)		
手術の有無	手術の種類		内 払 回 目 第 回目または最終回
重 複 契 約 (今回の治療を補償する他の保険契約がある場合ご記入ください。)	会 社 名	契 約 の 種 類	証 券 番 号
			契 約 金 額

原加入日 年 月 日

保険金振込先 (上記理容生活衛生同業組合があらかじめ指定した口座)

保険期間	年 月 日より	証券番号	枝番	前年内容
	年 月 日まで			
保険期間	年 月 日より	証券番号	枝番	前年内容
	年 月 日まで			

理容生活衛生同業組合	理事長	部 長	支 部 長	扱 者
------------	-----	-----	-------	-----

- ☆ 太枠内の各項目は必ずご記入ください。
- ☆ 1、2枚目には必ずご捺印ください。
- ☆ 3枚目の入院・手術証明書(診断書)は医療機関で作成していただき、請求書とともに組合にご提出ください。
- ☆ 4枚目の入院状況申告書は診断書省略の場合に、ご捺印のうえでご提出ください。

# 全理連・療養補償共済制度

## 医療補償コース

### 同意書

年 月 日

※治療を受けた医療機関名をご記入ください。

(医療機関名)

## 主治医殿

患者氏名

生年月日

大正

昭和

平成

年

月

日

患者住所

(下記住所と相異  
する場合のみ記載)

保険契約に関する調査のため、損害保険ジャパン株式会社または同社が委嘱する者が本書を提出し、上記患者の傷病に関して患者が診察・治療・検査を受けた病院・診療所・接骨院等に対し、下記事項を行うことにつき同意しますので、照会がありましたときは、ご腹藏なくおこたえ下さいますよう、よろしくご依頼申し上げます。

なお、本書のコピーも本書と同等の効力があるものと認めます。

### 記

1. 患者に関するすべての傷病内容（傷病名、症状、治療内容、既往症など）を照会あるいは面談し、回答を受けること。
2. 患者に関する画像診断のフィルム、その他の検査記録を借用または謄写すること。
3. 患者に関する診断書、診療報酬明細書、および損害保険ジャパン株式会社の求める文書の作成・発行を依頼し受領すること。

住 所

氏 名 (患者又は  
同居の親族)

印

患者との続柄 (同居の親族の場合)

以上

※本同意書は給付金請求書とともに組合にご提出ください。

# 入通院・手術証明書(診断書)

疾病用(所得補償保険兼用)

お願い

○訂正の場合必ず証明印による訂正印を押印願います

1. 氏名	カルテ番号 ( )		性別 (男・女)	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日				
2. 傷病名(ア・イ・ウ欄にご記入ください)	ICD-10コード	傷病発生年月日		いずれかに○印をしてください					
ア. 入院(手術)の原因になった傷病名		年 月 日		(医師推定)・(患者申告)					
イ. アの原因		年 月 日		(医師推定)・(患者申告)					
ウ. 合併症		年 月 日		(医師推定)・(患者申告)					
3. 治療期間	初診年月日	年 月 日 ~ 年 月 日		(終診)・(現在加療中)					
	入院期間	第1回目	年 月 日 ~ 年 月 日		(入院中)・(退院)				
		第2回目	年 月 日 ~ 年 月 日		(入院中)・(退院)				
4. 前医又は紹介医	(有)・(無)	初診年月日 年 月 日	医師名・医療機関名・所在地						
5. 既往症持病	(有)・(無)	病名・治療期間等		医師名・医療機関名・所在地					
6. 発病(受傷)から初診までの経過(いつ頃からどのような症状があったかご記入ください)					就業が全く不可能な期間				
初診時の所見および経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過、他覚所見等)					年 月 日 ~ 年 月 日				
					先進医療による治療	(有)・(無)			
					「有」の場合、技術名をご記入ください。				
					後遺障害残存見込	(有)・(無)			
					「有」の場合、後遺障害の詳細をご記入ください。				
					身体障害者手帳( 級)に相当				
					特定疾患受給者証の適用 (有)・(無)				
今後予定の治療に○印をつけてください。 転医(入院・通院)・通院・治療( 年 月 日)・中止・その他( )									
7. 悪性新生物、上皮内新生物(CINⅢ・VINⅢ・VAINⅢ、上皮内癌)の場合	最終病理組織診断名	TNM分類 T( ) N( ) M( )		いずれかに○印をしてください。 ・ 上皮内新生物 (CINⅢ・VINⅢ・VAINⅢ、上皮内癌) ・ 上記以外の悪性新生物					
	悪性新生物としての診断確定日		年 月 日						
	診断方法	ア 病理組織学的検査 イ 細胞学的検査 ウ 画像診断 エ 内視鏡検査 オ その他( )							
	今回がはじめての悪性新生物ですか		(はい)・(いいえ)		今回の悪性新生物の区分 (原発)・(再発)・(転移)				
	悪性告知	本人あて (有)・(無)	年 月 日に(病名 )と告げた						
	家族あて (有)・(無)	( )に 年 月 日に(病名 )と告げた							
8. 急性心筋梗塞の場合	初診時から60日時点で軽労働・座業以上の労働の制限をひき続き必要としますか。				(要)・(不要)				
9. 脳卒中の場合	初診時から60日時点で言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していますか。				(有)・(無)				
10. 今回の傷病に関して実施した手術	手術の種類	(1)開頭術 (2)穿頭術(新たな穿頭・既存の穿頭孔を使用) (3)開胸術・胸腔鏡下 (4)開腹術・腹腔鏡下 (5)レーザー手術 (6)ファイバースコープ又はカテーテルによる手術 (7)経口的・経鼻的・経皮的・経尿道的・経膈的手術 (8)ドナー (9)その他( )							
	手術名(手術区分番号)	手術日	観血・非観血	骨・関節・筋・腱・靭帯に対する手術	手足指の手術の場合 MP関節を含めて中極側に	植皮・筋皮弁術の場合 面積が25cm <sup>2</sup>			
	(該当する項目に○印をつけてください。)	K・J-( )	年 月 日	(観血)・(非観血)	(はい)・(いいえ)	(及ぶ)・(及ばない)	(以上)・(未満)		
	K・J-( )	年 月 日	(観血)・(非観血)	(はい)・(いいえ)	(及ぶ)・(及ばない)	(以上)・(未満)			
11. 放射線照射	部位	期間	開始 年 月 日 ~ 終了 年 月 日	総線量	Gy 左記期間中の入院中の総線量( Gy)				
12. 外来通院証明	月	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.	計						
	月	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.	計						
	月	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.	計						
	月	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.	計						
	月	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.	計						
	月	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.	計						
上記のとおり証明します。 所在地 年 月 日									
病院または診療所の 名称 医師氏名									
印									

# 入院状況申告書

ご請求内容が所定の条件を満たす場合に、診断書の代わりとしてご提出いただくものです。

患者氏名	フリガナ		男	女																															
生年月日	昭和	平成	年	月 日																															
入院(通院)の原因となった傷病名	医師にご確認のうえ、正確にご記入ください。																																		
上記ケガ・疾病の原因																																			
ケガを負った日	年	月	日																																
初診日	年	月	日																																
発病日	年	月	日																																
入院期間	年	月	日～	年 月 日																															
通院期間	年	月	日～	年 月 日																															
前医・既往症	有・無	(有の場合には、病名・治療時期・治療内容など詳細にご記入ください)																																	
通院状況申告欄	<p>【通院申告欄についてのご注意】</p> <p>※がんによる通院の場合のみ、お支払対象となります(がんによる通院がない場合は記載不要です)。          がんによる通院担保特約の支払対象日数 → がんの治療を目的とした通院に対して120日を限度          ※上記がんの治療を目的とした通院治療日を下記カレンダーに○印をご記入のうえ、領収書の写しを添付下さい。</p>																																		
年 月	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	計	日		
年 月	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	計	日		
年 月	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	計	日		
年 月	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	計	日		
年 月	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	計	日		
年 月	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	計	日		
手術	有・無	医師にご確認のうえ、手術内容を正確にご記入ください(ドレナージを受けられた場合も必ずご申告ください)。																																	
		手術の種類	(1)開頭術 (2)穿頭術(新たな穿頭・既存の穿頭孔を使用) (3)開胸術・胸腔鏡下 (4)開腹術・腹腔鏡下 (5)レーザー手術 (6)ファイバースコープ又はカテテルによる手術 (7)経口的・経鼻的・経皮的・経尿道的・経腔的手術 (8)ドレナージ (9)先進医療 (10)その他( )																																
		手術名(手術区分番号)	手術日	観血・非観血	骨・関節・筋・腱・靭帯に対する手術	手足指の手術の場合手足甲に	植皮・筋皮弁術の場合面積が25㎡																												
		K・J-( )	年 月 日	観血・非観血	はい・いいえ	及ぶ・及ばない	以上・未満																												
		K・J-( )	年 月 日	観血・非観血	はい・いいえ	及ぶ・及ばない	以上・未満																												
ご入院(通院)の病院または診療所	所在地 住所：		電話： ( )		病院名		主治医		科		先生																								
上記記載事実に相違なく、後日万一事実と異なることが判明した場合は、受領した保険金を返還いたします。																																			
損害保険ジャパン株式会社 御中																				年 月 日															
住所：																																			
請求者(受取人) 氏名：																				印 患者との続柄( )															

以下の資料を添付してください。

- 入院がある場合…入院期間が記載された病院・診療所等発行の領収書の写し
- 手術がある場合…手術名が確認できる資料の写し(診療明細書・手術説明書(同意書)等)
- がんによる通院がある場合…対象期間中の全日分の領収書の写し

**注意** 診察(入院)をされた上記の病院または診療所に、この報告書の内容についてお伺いすることがあります。あらかじめご了承ください。