

給付金 WEB 請求「診断書扱い請求」の取扱開始について

当社は、ご契約者様向けサービスの向上を目的として、ホームページからの給付金請求のお手続き（給付金 WEB 請求）の取扱範囲を拡大し、「診断書扱い請求」※のお取扱いを 12 月 1 日（月）付で開始いたしました。

これにより、診断書扱いのご請求手続きは、これまで郵送によるお手続きのみでしたが、WEB 上でもお手続きが可能となります。

【給付金 WEB 請求「診断書扱い請求」のお手続きの流れ】



給付金 WEB 請求のご利用条件等、詳細につきましては、当社ホームページより[「給付金 WEB 請求手続きのご案内」](#)をご確認ください。（ご請求内容によっては書面でのお手続きをご案内する場合がございます。）

なお、「給付金 WEB 請求」のご利用時間は、6:00～24:00（土・日・祝日含む）です。

※「診断書扱い請求」とは、当社所定の診断書（下記例）に入院や手術、通院などの治療内容を医療機関で証明していただき、その内容に基づいてご請求いただく方法です。なお、診断書の取得費用はお客様のご負担となりますのでご了承ください。

例：入院・手術・通院等証明書（診断書）＜A＞

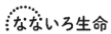


入院・手術・通院等証明書（診断書）＜A＞

なないろ生命保険株式会社 行

1.	氏名	カルテ番号	☐ 男 ☐ 女	生年 月 日 昭和 平成 令和	年 月 日
2.	ア.入院・治療の原因(契機)となった傷病名	※簡便病性○〇・外傷性○〇は、傷病名に明記願います		傷病発生年月日 年 月 日	今回罹病の受診契機 年 月 日(頃)
	イ.ア.を引き起こした直前の疾病 や損傷・事故			傷病発生年月日 年 月 日	☐ 他院・前医の受診時期……………↑ ☐ 検診・健診指摘の時期……………↑ ☐ その他……………↑ ※□を選択し最も古い時期をご記入ください
	ウ.入院中に治療を行った併存疾病・ 合併症(入院加療の必要あり)			傷病発生年月日 年 月 日	
	エ.病名告知	本人(親権者)には(年 月 日)頃に傷病名を()と告げた。			
3.	有 無	医療機関名	治療期間 年 月 日 ～ 年 月 日		
	有 無	傷病名	医療機関名：当院()科・他院名() 治療期間 年 月 日 ～ 年 月 日		
5.	病理組織学的 検査	有	病理組織診断名	TNM分類 (pTNM)	診断確定日 年 月 日
		無	病理組織診断がない場合 合診断根拠となった検査	細胞学的検査 内視鏡検査 CT/MRI その他()	検査日 年 月 日
	子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)の場合 CIN1(軽度異形成) CIN2(中等度異形成) CIN3(高度異形成) CIN3(上皮内癌) (不明)				診断確定日 年 月 日
	消化管間質腫瘍(GIST)のリスク分類 超低リスク 低リスク 中リスク 高リスク (不明) ⇒ 推定される腫瘍径3方向のうち				診断確定日 年 月 日
6.	胸腺腫の正岡病期分類 I期 II期 III期 IVa期 IVb期 (不明) 最大径()mm				診断確定日 年 月 日
	当院初診日 年 月 日				今後の治療予定等
	第1回目 年 月 日 ～ 年 月 日 (退院) (入院中) (転科) ① 治療 第2回目 年 月 日 ～ 年 月 日 (退院) (入院中) (転科) ② 要通院・転医通院 上記のうち、正常分娩のために公的医療 保険制度が適用されない入院期間 年 月 日～ 年 月 日 ③ リハビリ通院 上記以外入院があれば、入院日・退院日をご記入願います(入院中の場合、入院中もしくは転科をご記入願います) ④ 転医入院 ⑤ 手術予定あり ⑥ 放射線予定あり ⑦ 抗がん剤予定あり ⑧ 死亡退院				
	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 上記以外の通院年月日				
7.	表より番号を選択	種類	① 開胸術 ② 穿胸術 ③ 開胸術 ④ 開心術 ⑤ 胸腔鏡下手術 ⑥ 開腹術 ⑦ 腹腔鏡下手術 ⑧ 眼科レーザー手術 ⑨ ファイバースコープ手術 ⑩ 血管カテーテル手術 ⑪ バスケットカテーテル手術 ⑫ その他()		
	種類	診療報酬区分番号	手術名(できるだけ具体的に術式をご記入願います)		
	①～③	(K) (区別番号) () () () ()	手術部位 手術日 □左 □右 □両側 年 月 日		
	④～⑥	(K) (区別番号) () () () ()	手術部位 手術日 □左 □右 □両側 年 月 日		
第3回目以降の手術があれば、種類・診療報酬区分番号・手術名・手術部位・手術日をご記入願います					
8.	放射線治療 がん温熱療法	診療報酬区分番号 M () () () ()	照射法(部位)	治療実施日(期間) 開始 年 月 日 終了 年 月 日	
	技術名	厚生労働大臣が定める(□先進医療 □患者申出療養)該当するものにチェックを入れてください			治療期間 開始 年 月 日 終了 年 月 日
9.	先進 医療 等	技術料	円 × 回 (受療者が支払った技術料のみご記入願います)		
	2回以上の先進医療等があれば、技術名・技術料・治療期間・療養計画期間をご記入願います	療養計画期間 年 月 日～ 年 月 日			
10. 保険に関する請求行為を理解する能力の有無 (有)・(無)・(不明)					
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 (介護老人保健施設 診療科名 医師氏名 印 は該当しません) 電話番号					

※原文の複写またはコピーの場合はそれぞれ捺印願います。 L I A J 0 6 5 - N 0 1 - 2 0 2 5 0 9



以上