

# 入院・手術申告書によるご請求について

- 「入院・手術申告書」は、以下すべてを満たす場合に、当社所定の「診断書」に代えてご利用いただける書類です。お客さまにかかる「診断書」の取得費用と手間を省き、「診断書」を取得することなくご請求いただけます。
  - <必要項目>が記載されている「病院・診療所発行の書類」のコピーをご提出いただけること（**A面** **STEP 1** 参照）
  - <入院・手術申告書のご利用条件>をすべて満たすこと（**B面** 下部参照）
- 上記を満たさない場合やご請求内容によっては、当社所定の「診断書」のご提出をお願いする場合がございます。
- 「入院・手術申告書」は受取人様にご記入ください。

## STEP 1 ご提出いただく書類をご確認ください

- 給付金支払請求書（別紙） ※各種団体保険につきましては請求書名が異なります。
- 入院・手術申告書（本紙ウラ面）
- 病院・診療所発行の書類のコピー ※下表の<必要項目>の記載があるもの
- ⚠ 「病院・診療所発行の書類」と<必要項目>は、お客さまのご請求内容に応じて異なりますので下表をご確認ください。

ご提出いただく書類

請求内容	病院・診療所発行の書類	必要項目
<u>入院のみ</u> ご請求	<input type="checkbox"/> 入院費用（診療費）の領収書のコピー ※領収書をご提出できない場合は、以下(ア)～(ウ)のいずれかのコピーをご提出ください。 (ア) 診療明細書 (イ) 退院証明書 (ウ) 医療費明細	<input type="checkbox"/> 病院・診療所名 <input type="checkbox"/> 受療された方の氏名 <input type="checkbox"/> 入院日・退院日
<u>手術のみ</u> ご請求	<input type="checkbox"/> 診療明細書のコピー ※<病院・診療所名>の記載がない場合は、 <u>入院費用（診療費）の領収書のコピー</u> を加えてご提出ください。	<input type="checkbox"/> 病院・診療所名 <input type="checkbox"/> 受療された方の氏名 <input type="checkbox"/> 手術名
<u>入院と手術</u> のご請求	<input type="checkbox"/> 診療明細書のコピー ※<病院・診療所名><入院日・退院日>の記載がない場合は、 <u>入院費用（診療費）の領収書のコピー</u> を加えてご提出ください。	<input type="checkbox"/> 病院・診療所名 <input type="checkbox"/> 受療された方の氏名 <input type="checkbox"/> 入院日・退院日 <input type="checkbox"/> 手術名

※医療保障保険 / 新医療保障保険（団体型）の治療給付金をご請求される場合は、診療報酬点数の記載がある「入院費用（診療費）の領収書」をご提出ください。なお、手術のご請求もされる場合は、「診療明細書」のコピーもあわせてご提出ください。

- ご請求内容やご提出いただいた書類の記載内容によっては別途書類が必要な場合がございます。
- 「病院・診療所発行の書類」はコピーをご提出ください。なお、ご提出いただいた書類は原則返却いたしません。
- 「病院・診療所発行の書類」をお持ちでない場合は、発行可否を病院・診療所へお問い合わせください。
- 入院をご請求される場合は、今回ご請求のすべての入院期間が確認できる書類をご提出ください。

## STEP 2 入院・手術申告書をご記入ください

**C面**「記入例」(ウラ面)をご確認のうえ、**D面**「入院・手術申告書」(ウラ面)に必要事項をご記入ください。

## STEP 3 書類をご返送ください

**STEP 1** に記載の書類をすべて返信用封筒に同封のうえ、メットライフ生命にご返送ください。

## 診療明細書見本とご利用条件

A面 STEP1 でご案内している「病院・診療所発行の書類」には<必要項目>の記載が必要となります。

<必要項目>の記載箇所を以下に例示していますので、ご確認いただく際などにご利用ください。

※名称や書式は医療機関により異なります。

診療明細書<見本>

入院 受療された方の氏名 入院日・退院日 病院・診療所名

〒XXX-XXXX  
○○○○○○○○○X-X-X  
○○○○○病院  
TEL:XX-XXXX-XXXX

診察券番号	148034-0	氏名	セイホ タロウ 生保 太郎 様	受診日	20XX/04/26~20XX/04/26	受診科	眼科
-------	----------	----	-----------------	-----	-----------------------	-----	----

区分	項目名	点数	回数	自責金額
入院料等	* 入院料 有床診療所入院基本料6(14日以内)	511	1	
検査	* 細隙灯顕微鏡検査(前眼) * 血液化学検査 グルコース 1項目	48	1	
投薬	* ダイアモックス錠250mg 0.5錠 * フロモックス錠100mg 3錠 * ジクロード点眼液0.1% 5ml * 調剤料(入院)	1 14 36 7	1 1 1 1	
手術名	* 手術 * 水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合・その他のもの) * 手術薬剤 オベガンハイ0.85眼粘弾剤1% 0.85ml 1筒 プロビスク0.6眼粘弾剤1% 0.6ml 1筒 ボスミン注1mg 0.1%1ml 0.5A	12,100	1	

### <入院・手術申告書のご利用条件について>

次の①~④のご利用条件をすべて満たす場合にご利用いただけます。

①入院または対象となる手術による給付金の請求であること。

○ご請求内容ごとのご利用条件は以下となります。

入院のみ ご請求	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院開始日が主契約および特約の責任開始日(復活した場合はその日)から2年以上経過*していること</li> <li>入院日から退院日までが40日以下で、すでに退院していること</li> </ul>
手術のみ ご請求	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術日が主契約および特約の責任開始日(復活した場合はその日)から2年以上経過*していること</li> <li>手術日が1日のみであること</li> <li>手術を受けた場所が日本国内であること</li> </ul> ※当申告書でご請求いただける手術はD面「入院・手術申告書」に記載されている手術のみとなります。
入院と手術 のご請求	上記「入院のみご請求」および「手術のみご請求」に記載されている条件をすべて満たすこと

\*一時払終身医療保険、各種引受基準緩和型の商品に限り、経過期間にかかわらずご利用可能です。

②生活習慣病一時金、三大疾病一時金、六疾病一時金、集中治療給付金、入院時室料差額給付金、各種先進医療給付金、特定損傷給付金、特定損傷治療一時金、各種ガン保険(特約)、各種傷害保険、各種保険料払込免除などの請求に該当しないこと。

③異常妊娠または異常分娩による入院・手術でないこと。

④ご契約に「特定疾病・部位不担保法」が適用されている場合は、入院開始日および手術日が不担保期間外であること。

※不担保期間は保険証券または被保険者カードに記載されています。

以下をご参照のうえ、各項目に消すことができない黒ボールペンでご記入ください。

訂正される場合は、訂正箇所を二重線で消し、受取人様の訂正印をご捺印ください。(修正液などはご使用できません。)

### 1 受療された方

入院・手術された方の氏名・性別・生年月日をご記入ください。「給付金支払請求書」(別紙)にご記入の被保険者と同一の方となります。

### 2 受取人

受取人様をご署名ください。

- 受取人様が未成年、または成年(未成年)後見制度をご利用の場合は、親権者様または後見人様が受取人名をご記入ください。
- 受取人様が法人の場合は、受取人様の記名(ゴム印可)、または被保険者様をご署名ください。

### 3 入院・手術状況

【入院・手術の原因となった傷病名】  
傷病名をご記入ください。

#### 【傷病発生日】

最初に体調の異常や症状にお気づきになった日をご記入ください。

#### 【初診日】

初めて医師の診察を受けた日をご記入ください。

#### 【入院期間】

- 入院した場合にご記入ください。
- 入院していない場合は「無し」を○で囲んでください。

#### 【手術内容】

<手術を受けた場合>

- 受けた手術名に☑してください。
- 手術名は「診療明細書」に記載されていますのでご確認ください。
- 右眼・左眼など左右の部位がある場合は「治療部位」のいずれかを○で囲んでください。

<手術を受けていない場合>

「無し」を○で囲んでください。

D面 入院・手術報告書		MetLife メットライフ生命	
提出先:メットライフ生命保険株式会社 給付金を請求するにあたり、以下「確認事項」を確認、同意のうえ、本申告書を提出します。			
ご確認事項 ・記入内容は事実と相違ないこと。 ・メットライフ生命が必要と認めた場合は、所定の入院・手術等証明書(診断書)を提出すること。 ・被保険者の治療内容をメットライフ生命が医療機関に直接照会すること。			
①～④の各項目に消すことができない黒ボールペンでご記入ください。 ※訂正の場合は、訂正箇所を二重線で消し、受取人様の訂正印をご捺印ください。(修正液などはご使用できません。)			
1 受療された方			
被保険者氏名	フリガナ セイホ タロウ 生保 太郎 様	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
生年月日	大正 (電報) 平成 / 西暦 20 年 5 月 15 日		
2 受取人 受取人様が未成年、または成年(未成年)後見制度をご利用の場合は、親権者様または後見人様が受取人名をご記入ください。法人の場合は、受取人様の記名(ゴム印可)、または被保険者様をご署名ください。			
氏名	フリガナ セイホ タロウ (目録) 生保 太郎 様		
3 入院・手術状況 傷病名・手術日などが不明な場合は、病院・診療所にお問い合わせのうえ、ご記入ください。			
入院・手術の原因となった傷病名	白内障		
傷病発生日(または事故日)	最初に体調の異常や症状にお気づきになった日をご記入ください。 西暦 20XX年 4 月 23 日	初診日	初めて医師の診察を受けた日をご記入ください。 西暦 20XX年 4 月 23 日
入院期間	入院 <input checked="" type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 入院日 西暦 20XX年 4 月 26 日 ~	退院日	西暦 20XX年 4 月 26 日
手術内容	手術 <input checked="" type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 手術日 西暦 20XX年 4 月 26 日	治療部位	<input checked="" type="radio"/> 左 <input type="radio"/> 右 <input type="radio"/> 両側
受けた手術名に☑してください。(下記の手術以外は当申告書でご請求いただけません。)			
<input checked="" type="checkbox"/> 水晶体再建術 <input type="checkbox"/> 後発白内障手術(レーザー手術に限る)			
<input type="checkbox"/> 眼瞼下垂症手術 <input type="checkbox"/> ソケイヘルニア手術			
<input type="checkbox"/> 内視鏡的ポリプ切除術(胃・十二指腸・大腸に限る)			
→病理組織検査で良性の診断を受けている場合のみ取り扱い対象となります。			
4 受療された病院・診療所			
病院名 診療所名	〇〇病院		
所在地	東京 <input checked="" type="radio"/> 神奈川 <input type="radio"/> 愛知 <input type="radio"/> 大阪 <input type="radio"/> 福岡 <input type="radio"/> 北海道 <input type="radio"/> 東北 <input type="radio"/> 関東 <input type="radio"/> 中部 <input type="radio"/> 関西 <input type="radio"/> 中国 <input type="radio"/> 四国 <input type="radio"/> 沖縄 <input type="radio"/> 新潟 <input type="radio"/> 山形 <input type="radio"/> 秋田 <input type="radio"/> 岩手 <input type="radio"/> 宮城 <input type="radio"/> 福島 <input type="radio"/> 茨城 <input type="radio"/> 栃木 <input type="radio"/> 群馬 <input type="radio"/> 埼玉 <input type="radio"/> 千葉 <input type="radio"/> 東京都 <input type="radio"/> 墨田区太平11111		
主治医	眼 科 △△ 先生		

### 4 受療された病院・診療所

「診療明細書」などをご確認のうえ、医療機関の名称・所在地・主治医をご記入ください。

入院・手術状況などの記入内容がご不明な場合は、病院・診療所にお問い合わせください。

# D面 入院・手術申告書

提出先:メットライフ生命保険株式会社

給付金を請求するにあたり、以下「ご確認事項」を確認、同意のうえ、本申告書を提出します。

## ご確認事項

- 下記記入内容は事実と相違ないこと。
- メットライフ生命が必要と認めた場合は、所定の入院・手術等証明書(診断書)を提出すること。
- 下記被保険者の治療内容をメットライフ生命が医療機関に直接照会すること。

①～④の各項目に消すことができない黒ボールペンでご記入ください。

※訂正の場合は、訂正箇所を二重線で消し、受取人様の訂正印をご捺印ください。(修正液などはご使用できません。)

## 1 受療された方

被保険者氏名	フリガナ	性別	男 女	生年月日	大正 昭和 平成 西暦
	様				年 月 日

## 2 受取人

受取人様が未成年、または成年(未成年)後見制度をご利用の場合は、親権者様または後見人様が受取人名をご記入ください。法人の場合は、受取人様の記名(ゴム印可)、または被保険者様をご署名ください。

氏名 (自署)	フリガナ	様
------------	------	---

## 3 入院・手術状況

傷病名・手術日などがご不明な場合は、病院・診療所にお問い合わせのうえ、ご記入ください。

入院・手術の原因 となった傷病名					
傷病発生日 (または事故日)	最初に体調の異常や症状にお気づきになった日をご記入ください。 西暦 20 年 月 日	初診日	初めて医師の診察を受けた日をご記入ください。 西暦 20 年 月 日		
入院期間	入院 無し	入院日	西暦 20 年 月 日 ~	退院日	西暦 20 年 月 日
手術内容	手術 無し	手術日	西暦 20 年 月 日	治療部位	左 右 両側
	受けた手術名に☑してください。(下記の手術以外は当申告書でご請求いただけません。)				
<input type="checkbox"/> 水晶体再建術 <input type="checkbox"/> 後発白内障手術(レーザー手術に限る)					
<input type="checkbox"/> 眼瞼下垂症手術 <input type="checkbox"/> ソケイヘルニア手術					
<input type="checkbox"/> 内視鏡的ポリープ切除術(胃・十二指腸・大腸に限る) →病理組織検査で良性の診断を受けている場合のみお取り扱い対象となります。					

## 4 受療された病院・診療所

病院名 診療所名				
所在地	都 道 府 県			
主治医	科			先生

**!** 当申告書のみではお手続きできません。

ウラ面の **A面 B面** をご確認ください、「領収書や診療明細書などのコピー」、「給付金支払請求書(別紙)」とあわせてご返送ください。

※ご請求内容により別途書類が必要な場合がございます。