

提出先:メットライフ生命保険株式会社

私(給付金支払請求書または保険金・給付金請求書に記載の受取人)は、別紙給付金支払請求書などとあわせて本紙を提出します。
なお、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)を提出することに同意します。

本紙はお客さまにご記入いただく書面です。受取人が **1** ~ **4** の各項目にご記入ください。

※訂正の場合は、訂正箇所を二重線で消してください。

1 受療された方

(フリガナ)	(セイ)	(メイ)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (右づめ)	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
被保険者氏名	(姓)	(名)				

2 病気・ケガの名前

病気・ケガの名前	必ずご記入ください。ご不明な場合は症状や検査内容をご記入ください。
----------	-----------------------------------

3 入院・手術状況

ご不明な場合は、「診療明細書」「退院証明書」などをご確認のうえ、ご記入ください。ウラ面の診療明細書<見本>もご覧ください。

1回あたりの入院期間が60日以内、かつ退院済みの場合ご利用いただけます。(同一傷病名に限り、2回目の入院までご記入できます。)	
入院期間 (入院した場合)	入院日① 西暦 20 年 月 日 ~ 退院日① 西暦 20 年 月 日 入院日② 西暦 20 年 月 日 ~ 退院日② 西暦 20 年 月 日
手術内容 (手術を受けた場合)	手術日 西暦 20 年 月 日 手術部位 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側 ※目・耳・四肢・腎・尿管・乳房のいずれかの場合、該当の部位に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 受けた手術名に <input checked="" type="checkbox"/> してください。(下記の手術以外は本紙でご請求いただけません。) <input type="checkbox"/> 水晶体再建術 <input type="checkbox"/> 胆嚢摘出術 <input type="checkbox"/> 経皮的冠動脈ステント留置術・形成術 <input type="checkbox"/> 後発白内障手術(レーザー手術に限る) <input type="checkbox"/> 帝王切開術 <input type="checkbox"/> 経皮的カテーテル心筋焼灼術 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂症手術 <input type="checkbox"/> 経皮的椎体形成術 <input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤血管内焼灼術 <input type="checkbox"/> 網膜光凝固術 <input type="checkbox"/> ソケイヘルニア手術 <input type="checkbox"/> 脊椎固定術・椎弓切除術・椎弓形成術 <input type="checkbox"/> 硝子体茎頭顕微鏡下離断術 <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的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

病院名	所在地 (都道府県のみ)
-----	-----------------

⚠ 本紙と一緒に以下3点の書類のご提出が必要です。以下3点をまとめてご返送ください。

- 入院・手術申告書(本紙)
- 給付金支払請求書(別紙、給付金受取口座などをご記入いただく書類)
- 病院発行の以下いずれかの書類のコピー

- ・入院給付金をご請求の場合:領収書または診療明細書のコピー(入院期間が記載されているもの)
- ・手術給付金をご請求の場合:診療明細書のコピー(手術名が記載されているもの)
- ・入院給付金および手術給付金をご請求の場合:診療明細書のコピー(入院期間と手術名が記載されているもの)
※領収書や診療明細書が複数ページある場合は、すべてのページのコピーをご提出ください。



ご請求の際は以下 3 点をまとめてご返送ください。

- 入院・手術申告書 (本紙オモテ面)
- 給付金支払請求書 (別紙、給付金受取口座などをご記入いただく書類)
- 以下に記載の病院発行のいずれかの書類のコピー

- ・入院給付金のご請求: 領収書または診療明細書のコピー (入院期間が記載されているもの)
 - ・手術給付金のご請求: 診療明細書のコピー (手術名が記載されているもの)
 - ・入院給付金および手術給付金のご請求: 診療明細書のコピー (入院期間と手術名が記載されているもの)
- ※領収書や診療明細書が複数ページある場合は、すべてのページのコピーをご提出ください。

※診療明細書をご提出の際は、下記①～④が記載されていることをご確認ください。

*名称や書式は医療機関により異なります。(例: 請求書兼領収書、診療費請求書兼領収書など)

診療明細書<見本>

① 受療された方の氏名

② 入院日・退院日 (入院をご請求の場合)
※入院日・退院日の記載がない場合は、「入院費用 (診療費) の領収書のコピー」をご提出ください。

③ 病院名

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

入院		氏名	セイ	メイ	様	受診日	受診科
診療券番号	148034-0	生保	太郎			20XX/04/26~20XX/04/27	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	・細隙顕微鏡検査 (前眼) ・血液化学検査	48	1	
投薬	・グルコース 1項目 ・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)	50 7	1 1	
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	12,100	1	

④ 手術名 (手術をご請求の場合)
※手術をご請求の場合は、診療明細書をご提出ください。領収書には通常、手術名は記載されていません。

※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。

※保険証の記号・番号、保険者番号が記載されている場合は、黒く塗りつぶしたうえでご提出ください。

本紙のご利用条件

○ 本紙をご利用いただけるケース

- 入院/手術のご請求であること
(各種一時金、先進医療給付金、保険料の払込免除などの特約はご請求いただけません。)
- 入院をご請求の場合、1回あたりの入院期間が60日以内・退院済であること
- 手術をご請求の場合、オモテ面に記載のある手術であること (手術日は1日のみ)
- 入院開始日/手術日が、入院/手術の保障開始日(復活した場合はその日)から2年以上経過していること
(一時払終身医療保険、引受基準緩和型の契約に限り、経過期間に関わらずご利用可能です。)
- 特定疾病/部位不担保法が適用されている場合、入院開始日/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。)

✕ 上記にかかわらず、本紙をご利用いただけないケース (診断書をご提出ください。)

- 帝王切開を除く妊娠、分娩に関するご請求
- ガン保険(特約)、傷害保険などのご請求