STEP3 保険金・給付金・保険料払込免除請求書の記入例

・黒ボールペンでご記入ください。（消せるボールペンは使用できません。）

・記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消のうえ、押印がある場合は同一印で訂正印を押印、押印がない場合は訂正署名（フルネーム）してください。

口座番号	右詰めでご記入ください。 ~~1 2 3 4 5 6 7~~ 見本 1234555

口座番号	右詰めでご記入ください。 ~~1 2 3 4 5 6 7~~ 見本太郎1234555

証券番号・契約者氏名等

証券番号・契約者氏名・被保険者氏名・請求の種類をご記入ください。

＊請求の種類がご不明な場合は選択がなくとも問題ございません。

お客さまに関する個人情報のお取扱いについて

「保険金・給付金ご請求ガイド」をご確認ください。

SMSによる手続き完了の連絡

お手続き完了後等にお客さまにSMS（ショートメッセージサービス）でご連絡いたしますので携帯電話番号のご登録をお願いしております。

＊サービスの詳細につきましては「保険金・給付金等請求お手続きのご案内」4ページをご参照ください。

リビングニーズ保険金のご請求の場合は、ご請求金額をご記入ください。

お名前（自署）

必ず請求者（受取人）ご本人が自署ください。代筆・代理請求の場合は代筆者・代理人が請求者（受取人）のお名前、連絡先をご記入ください。請求者（受取人）が法人の場合は「法人名・代表者の役職名・代表者氏名」をご記入ください（ゴム印でも可）。

代筆・代理請求の場合

代筆の場合は、こちらに代筆者のお名前、受取人との続柄、代筆理由をご記入ください。代理請求の場合は、こちらに代理人のお名前をご記入のうえ、代理人区分を選択してください。

＊代筆は当社が認めた場合に限り可能です。

被保険者 同意

法人契約・法人受取の場合は被保険者の自署が必要です。配偶者型の請求の場合は配偶者の自署が必要です。

お受取り口座

必ず請求者（受取人）ご本人名義の口座をご記入ください。

請求・同意印

印鑑証明書をご提出いただく場合は、証明書と同一の印を押印ください。法人の場合は、法人印を押印ください。

STEP3 保険金・給付金・保険料払込免除請求書

FWD生命保険株式会社　御中　　受付No.

私は、貴社普通保険約款・特約条項の規定に基づき「お客さまに関する個人情報のお取扱いについて」を確認・同意のうえ、保険金・給付金等の支払を請求します。なお、医療機関発行の書類の記載内容や入院・手術内容について、貴社が必要に応じて医療機関等に照会することを承諾します。被保険者と請求者（受取人）が異なる場合は、被保険者の同意を得たうえで請求しています。支払金がある場合、下記口座への送金完了をもって本請求への支払金を受領したものと認めます。

記入日	××××年××月××日
証券番号※	×××××××××××
契約者氏名	見本　太郎　様
被保険者氏名	見本　太郎　様
請求の種類	①死亡保険金 高度障害保険金　②特定疾病保険金 リビングニーズ保険金　③入院・手術給付金 障害給付金 診断給付金　④保険料払込免除　⑤その他（　）
リビングニーズ保険金の場合の請求金額（3,000万円限度）	万円

※一括請求は同一契約形態に限ります。

請求者（受取人）	
住所	〒×××-×××× ○○県○○市○○町99-99
連絡先TEL	日中ご連絡が取れる電話番号をご記入ください。（×××）××××-××× 携帯電話　ご自宅　勤務先
氏名（自署）	フリガナ ミホン　タロウ 印鑑証明書が必要な場合は、実印を押印ください。請求・同意印 見本　太郎　様 見本 代筆の場合、代筆者の氏名等を下段の欄にもご記入ください。
SMSによる連絡	希望しない 携帯電話番号にお手続き完了等の連絡をSMSでお送りします。不要な場合のみ○印をご記入ください。

代筆・代理請求の方	
氏名（自署）	フリガナ 印鑑証明書が必要な場合は、実印を押印ください。請求・同意印 様　印
	右記の区分のいずれかを選択してください。　親権者　成年後見人　後見人　指定代理請求人
	代筆者　受取人との続柄（　）
被保険者 同意（法人契約・法人受取の場合・配偶者型の請求の場合）	氏名（自署）※配偶者型の請求の場合は配偶者様がご署名ください。
	代筆理由（代筆の場合）

送金方法・送金先（必ず受取人名義の口座を指定ください）		
ご希望されるお受取り口座に○印をご記入ください。↓	口座名義人	フリガナ ミホン　タロウ 漢字 見本　太郎
○ ゆうちょ銀行以外の金融機関	金融機関名	フリガナ ○○○○○○○ ○○○○○　銀行　信用金庫　農協　信用組合　信託銀行　その他
	支店名	○○○　本店　支店　出張所
	科目	普通（総合）　当座　貯蓄
	口座番号	右詰めでご記入ください。×××××××
	金融機関コード	×××
	支店コード	×××
○ ※ゆうちょ銀行	通帳記号	1　0
	通帳番号	7桁以内のときは右詰めでご記入ください。

お客さまからのメッセージ欄

※口座名義人について、ご記入がない場合は、受取人氏名と同一とします。
科目について、ご記入がない場合は、「普通（総合）」としてお取り扱いいたします。
ゆうちょ銀行の場合、通帳記号は5桁、通帳番号は8桁でご記入ください。
ゆうちょ銀行はそれ以外の銀行より2営業日長くお時間を頂戴します。

受付日		OW		代理店受付日	営業店受付印	本社受付印	書類完備日
取扱営業店		LA		年　月　日			
取扱代理店		BN		印			

'21.Reb①PDF（V7575）Ⓕ

'23.3①PDF（V7576）Ⓕ

STEP3 保険金・給付金・保険料払込免除請求書

FWD生命保険株式会社 御中　　受付No.

私は、貴社普通保険約款・特約条項の規定に基づき「お客さまに関する個人情報のお取扱いについて」を確認・同意のうえ、保険金・給付金等の支払を請求します。なお、医療機関発行の書類の記載内容や入院・手術内容について、貴社が必要に応じて医療機関等に照会することを承諾します。被保険者と請求者（受取人）が異なる場合は、被保険者の同意を得たうえで請求しています。支払金がある場合、下記口座への送金完了をもって本請求への支払金を受領したものと認めます。

記入日	年　月　日

証券※番号					
契約者氏名	様	被保険者氏名	様		
請求の種類	① 死亡保険金 高度障害保険金	② 特定疾病保険金 リビングニーズ保険金	③ 入院・手術給付金 障害給付金 診断給付金	④ 保険料払込免除	⑤ その他（　　）
リビングニーズ保険金の場合の請求金額（3,000万円限度）	万円				

※一括請求は同一契約形態に限ります。

請求者（受取人）

住所	〒
氏名（自署）	フリガナ 印鑑証明書が必要な場合は、実印を押印ください。請求・同意印 様　印 代筆の場合、代筆者の氏名等を下段の欄にもご記入ください。
連絡先TEL	日中ご連絡が取れる電話番号をご記入ください。 （　　）　　- 携帯電話　ご自宅　勤務先
SMSによる連絡	希望しない 携帯電話番号にお手続き完了等の連絡をSMSでお送りします。不要な場合のみ○印をご記入ください。

代筆・代理請求の方

氏名（自署）	フリガナ 印鑑証明書が必要な場合は、実印を押印ください。請求・同意印 様　印
右記の区分のいずれかを選択してください。	親権者　成年後見人　後見人　指定代理請求人
代筆者	受取人との続柄（　　）
代筆理由（代筆の場合）	

被保険者　同意
法人契約・法人受取の場合・配偶者型の請求の場合

氏名（自署）※配偶者型の請求の場合は配偶者様がご署名ください。

送金方法・送金先
必ず受取人名義の口座を指定ください。

ご希望されるお受取り口座に○印をご記入ください。↓	口座名義人	フリガナ 漢字	
ゆうちょ銀行以外の金融機関	金融機関名	フリガナ 銀行　信用金庫　農協　信用組合　信託銀行　その他	支店名　本店　支店　出張所
	科目	普通（総合）　当座　貯蓄	口座番号（右詰めでご記入ください。）　金融機関コード　支店コード
※ゆうちょ銀行	通帳記号	1　0	通帳番号　7桁以内のときは右詰めでご記入ください。

お客さまからのメッセージ欄

※口座名義人について、ご記入がない場合は、受取人氏名と同一とします。
科目について、ご記入がない場合は、「普通（総合）」としてお取り扱いいたします。
ゆうちょ銀行の場合、通帳記号は5桁、通帳番号は8桁でご記入ください。
ゆうちょ銀行はそれ以外の銀行より2営業日長くお時間を頂戴します。

受付日		OW	
取扱営業店		LA	
取扱代理店		BN	

代理店受付日	営業店受付印	本社受付印	書類完備日
年　月　日　印			

入院・手術・通院等証明書（診断書）〈新生物用〉のご記入要領

《ご担当の先生へ：ご記入上のお願い》
①訂正や追記が必要な場合には、証明印と同じ印を押印ください。
②ご記入に際してご留意いただきたい点および記入例を以下に掲載いたしますのでご参照ください。
③ご記入後は、この紙片を切り離しのうえ、「入院・手術・通院等証明書（診断書）〈新生物用〉」のみを患者様にお渡しください。
※内容にご不明な点がある場合には、当社より照会・確認させていただくことがございます。
［お問い合わせ］FWD 生命保険株式会社 総合サービスセンター：0120-211-901（通話料無料）

記入例

入院・手術・通院等証明書（診断書）〈新生物用〉

（提出先）FWD生命保険株式会社

1 氏名：カルテ番号（　）　性別：男性・女性　生年月日：年　月　日

A
2 (ア)入院（手術）等の契機となった傷病名：肺癌・転移性脳腫瘍　ICD-10コード：　診断確定日：2021年6月30日　傷病発生年月日：2021年5月1日　いずれかに○印をしてください：医師推定・患者申告
(イ)(ア)の原因：　年　月　日　年　月　日　医師推定・患者申告
(ウ)入院中に治療を行った合併症（入院加療の必要あり）：　年　月　日　(ウ)に対する入院中の治療期間　年　月　日～　年　月　日

B
3 治療期間（※日帰り入院を含みます）
初診：2021年6月10日～2021年11月10日　終診・現在加療中
日帰り入院：入院日　年　月　日　※入退院が同一の入院で、かつ、入院基本料が算定されている場合にご記入ください
入院期間：第1回目 2021年7月1日～2021年7月30日（入院中・退院）（入院の指示日 2021年6月30日）　第2回目 2021年8月20日～2021年8月30日（入院中・退院）（入院の指示日　年　月　日）
3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」をご記入ください（入院中の場合は「現在入院中」と付記ください）

4 前医又は紹介医：（有）・（無）　（入院・通院）　医療機関名：　医師名：　受療期間：　年　月　日頃～　年　月　日頃

C
5 発病(受傷)から現在までの経過(主訴、検査内容および検査結果、治療内容、経過等)をご記入ください。＊現在の治療内容につきましても詳細にご記入ください。
1ヶ月くらい前から咳が続き様子を見ていたが、血痰を認めたため、2021.6.10当院呼吸器内科受診。
胸部X線検査で肺癌疑われ、気管支鏡検査で上記診断。手術適用と判断し、2021.7.10下記手術施行。
2021.7.30退院、退院後外来にてフォロー中、脳転移認めたため放射線治療目的に入院となる。

D
6 子宮頸部異形成の場合：コルポ組織診、術後病理検査等による　CIN：①・②・③　→　診断確定日をご記入ください　年　月　日

E
7 悪性新生物・上皮内新生物の場合
施行された検査および検査結果
病理組織学的検査の有無：☑あり □なし→「なし」の場合、今後病理組織学的検査の実施予定：□あり（予定時期　年　月　日）□なし □未定
最初の病理組織学的検査：診断確定日 2021年6月30日　診断名：扁平上皮癌　TNM分類：①T(2)　②N(1)　③M(0)　国際疾病分類、腫瘍学コード：【M-8070/①,②,③,⑥,⑨】※該当するものに（○）をしてください。
上記以外の検査：検査名／診断日／診断結果
細胞学的検査：2021年6月10日：喀痰細胞診でclassV
内視鏡の検査：　年　月　日
CT-MRI：2021年8月15日：肺癌・転移性脳腫瘍
その他（　）　年　月　日
悪性新生物の種類：1.上皮内癌・非浸潤癌　2.浸潤性・その他　3.不明
最終の病理組織学的検査：診断確定日 2021年7月20日　診断名：扁平上皮癌　TNM分類：①T(2)　②N(1)　③M(0)　国際疾病分類、腫瘍学コード：【M-8070/①,②,③,⑥,⑨】※該当するものに（○）をしてください。
種類：1.☑原発　2.□再発　3.□転移　4.□その他（　）　大腸癌の深達度：1.M　2.SM以深
悪性告知：本人（有・無）［2021年6月10日］頃に［肺癌］と告げた　家族（有・無）［配偶者］に［2021年6月10日］頃に［肺癌］と告げた

F
がん治療についての所見
①証明日時点で担がん状態である。☑はい　□いいえ
②①で「はい」の場合、判断根拠となる検査内容および所見を具体的にご記入ください。
CTにて2021.8.15に転移性脳腫瘍を認めた。
③証明日時点でのご治療内容につきまして、以下のいずれに該当するかご記入ください。（※治療内容の詳細につきましても以下にご記入ください。）
☑がんの治療を直接の目的（切除や塞栓術等の手術、放射線治療、化学療法や抗癌剤投与等）とするものである。
□治療はがんの再発の防止（経過観察、再発防止目的での投薬等）を目的とするものである。
□その他（詳細を以下にご記入ください。）
※治療内容の詳細をご記入ください。
転移巣に対する放射線治療を行っている。

通院：通院年月　悪性新生物に対する治療（手術、投薬、放射線治療、化学療法等）にともなう通院日を○で囲んでください。※経過観察のための診察や検査のみで、治療行為を伴わない通院は含みません。　計
2021年9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　3日
2021年10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　3日

8 手術および処置名
手術の種類：(1)開頭術　(2)穿頭術　(3)開胸術（含開心術）・胸腔鏡下手術　(4)開腹術・腹腔鏡下手術　(5)レーザー手術　(6)ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる手術・処置・治療（四肢・四肢以外）　(7)経皮的　(8)経尿道的　(9)経腟的　(10)その他（　）
手術の内容：・筋骨関係の手術の場合（観血・非観血）　・手指・足指の手術の場合 MP関節を含めて中枢側に（及ぶ・及ばない）　・植皮術・筋皮弁術の場合（25㎠以上・25㎠未満）　・口腔内の手術の場合、顎骨を（削っている・削っていない）　・筋・腱・靭帯に操作が（及ぶ・及ばない）　・穿頭術の場合（新たな穿頭による・既存の穿頭孔を使用）

診療報酬点数区分：
(K) 514－2　手術名：胸腔鏡下肺悪性腫瘍　手術日：2021年7月10日（手術の指示日2021年6月30日）
(K) 019－　手術名：持続性胸腔ドレナージ　手術日：2021年7月10日（手術の指示日2021年6月30日）
乳房の再建術を行った場合：(K) －
皮下埋込型ポート・リザーバーを挿去した場合：(K) －
治療部位：㊨ ㊧　㊨ ㊧　㊨ ㊧
3回目以降の備考等：診療報酬点数区分・手術名・手術日・手術種類・手術内容等をご記入ください。

9 脱毛状況：がんの治療を直接の原因として、頭髪に脱毛の症状が生じています。□はい　□いいえ　症状確認日　年　月　日

G
10 先進医療：1.□あり　2.☑なし　治療の種類　治療の実施日　年　月　日～　年　月　日（実施回数　回）　特定承認医療機関となった承認日　年　月　日　受領者が負担すべき先進医療の「技術料」のみご記入ください　円

H
11 放射線治療および温熱療法：部位：脳　総線量：50 Gy　期間：2021年8月21日～2021年9月5日　区分：M 001－2　定位照射・密封小線源・温熱療法・その他（　）

12 請求意思能力：受療者は保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できると思われますか？　☑できる　□できない

13 既往症・持病：（有）→病名（　）（当院）（　科）・（他院）（　病院）　（無）　（入院・通院）　手術（有・無）　治療期間または時期　年　月　日頃～　年　月　日頃まで

上記のとおり証明します。　2021年11月10日
病院または診療所の所在地・名称および科名・電話番号　医師氏名　印

必ず証明印を押印ください（原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに押印）　LIAJ038-D01-202201 '22.01①4,000（W8313）TF　08270200

【お願い】追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記箇所に証明印による訂印を押印ください。封筒に封入・封緘のうえご提出ください。

A：傷病名

○入院・手術・通院等の原因となった傷病名が複数ある場合にはすべてご記入ください。
○「2(ア)」の原因となる傷病等があればご記入ください。(例：けがの場合は受傷原因「交通事故」「転落」等をご記入ください。)
○入院加療の必要があった合併症があれば、傷病名・診断確定日・入院中の治療期間をご記入ください。

B：治療期間

○初診日は、貴院における「2(ア)」の傷病名に関する最初の診察日をご記入ください。(貴院他科での診察を含みます。)
○第3回目以降の入院があれば、汎用欄に「入院日」「退院日」をご記入ください。また、別紙にご記入される際は「別紙あり」と明記いただき、別紙についても証明印を押印ください。
○カッコ内の(入院を指示した日)に、入院が必要だと指示された日を必ずご記入ください。

C：経過

○発病から現在までの経過をご記入ください。いつ頃からどのような症状があったか、また検査内容および検査成績、治療内容、経過等をご記入ください。
○現在の治療内容を具体的にご記入ください。

D：子宮頸部異形成の場合

○子宮頸部異形成の場合には、コルポ組織診断等による「CIN」をご記入ください。

E：悪性新生物の場合

○悪性新生物の場合、「病理組織診断名」「診断確定日」等について必ずご記入ください。
○病理組織診断の他に悪性診断がある場合は、その診断日と診断方法もご記入ください。
○「がん治療についての所見」は証明日時点の状態について必ずご記入ください。
○担がん状態とは画像等の検査所見によりがんを体内に持っていることを客観的に判断できる状態を指します。
○現在の治療にともなう通院治療日に漏れなく○印をしてください。往診日も含みます。通院予定日は除きます。

F：手術および処置名

○診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術はすべてご記入ください。
○診療報酬点数表で「処置料」が算定される処置であっても、持続ドレナージ、胸腔ドレナージ、気管切開などはこの欄にご記入ください。
○手術の種類・手術の内容は該当する項目に○印をしてください。
○診療報酬点数表において「手術料」が一連の治療過程につき1回のみ算定される手術は、同一手術欄にすべての手術日をご記入ください。(例：網膜光凝固術、体外衝撃波結石破砕術　など)
○診療報酬点数表において「手術料」が1日につき算定される手術は、同一の手術欄にすべての手術日をご記入ください。(例：大動脈バルーンパンピング法、人工心肺　など)

G：先進医療

○先進医療にて加療された場合は、「治療の種類」「実施日」「特定承認医療機関となった承認日」「受領者が負担すべき先進医療の技術料」をご記入ください。(厚生労働省が定める施設と治療の種類に限ります。)

H：放射線治療および悪性新生物温熱療法

○放射線治療、悪性新生物温熱療法を実施された場合には、「照射内容」「診療報酬区分」「治療期間」をご記入ください。骨髄移植前の処置の場合も含みます。

入院・手術・通院等証明書（診断書）〈新生物用〉

（提出先）**FWD生命保険株式会社**

1 氏名	カルテ番号（　　）	性別	男性・女性	生年月日	年　月　日

2		ICD-10コード	診断確定日	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）等の契機となった傷病名			年 月 日	年 月 日	医師推定・患者申告
(イ)(ア)の原因			年 月 日	年 月 日	医師推定・患者申告
(ウ)入院中に治療を行った合併症（入院加療の必要あり）			年 月 日	(ウ) に対する入院中の治療期間 年 月 日～ 年 月 日	

3 治療期間 ※日帰り入院を含みます		
	初診	年 月 日～ 年 月 日　終診・現在加療中
	日帰り入院	入院日 年 月 日　※入退院が同一の入院で、かつ、入院基本料が算定されている場合にご記入ください
	入院期間	第1回目 年 月 日～ 年 月 日（入院の指示日 年 月 日）入院中・退院　第2回目 年 月 日～ 年 月 日（入院の指示日 年 月 日）入院中・退院
		3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」をご記入ください（入院中の場合は「現在入院中」と付記ください）

4 前医又は紹介医	有・無	入院・通院	医療機関名		医師名		受療期間	年 月 日頃～ 年 月 日頃

5 発病(受傷)から現在までの経過(主訴、検査内容および検査結果、治療内容、経過等)をご記入ください。＊現在の治療内容につきましても詳細にご記入ください。

6 子宮頸部異形成の場合　コルポ組織診、術後病理検査等による　CIN：Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ　→　診断確定日をご記入ください　年　月　日

7 悪性新生物・上皮内新生物の場合

施行された検査および検査結果		
病理組織学的検査の有無	□あり □なし→「なし」の場合、今後病理組織学的検査の実施予定：□あり（予定時期　年　月　日）□なし □未定	
最初の病理組織学的検査	診断確定日	年　月　日
	診断名	
	TNM分類	①T(　)　②N(　)　③M(　)
	国際疾病分類、腫瘍学コード	【M-　/①,②,③,⑥,⑨】 ※該当するものに（○）をしてください。

上記以外の検査	検査名	診断日	診断結果
	細胞学的検査	年　月　日	
	内視鏡的検査	年　月　日	
	CT-MRI	年　月　日	
	その他（　）	年　月　日	

悪性新生物の種類	1.上皮内癌・非浸潤癌　2.浸潤性・その他　3.不明		
最終の病理組織学的検査	診断確定日	年　月　日	
	診断名		
	TNM分類	①T(　)　②N(　)　③M(　)	
	国際疾病分類、腫瘍学コード	【M-　/①,②,③,⑥,⑨】 ※該当するものに（○）をしてください。	
種類	1.□原発　2.□再発　3.□転移　4.□その他（　）	大腸癌の深達度	1.M　2.SM以深
悪性告知	本人 有・無 [　年　月　日]頃に[　]と告げた	家族 有・無 [　]に[　年　月　日]頃に[　]と告げた	

がん治療についての所見	
	①証明日時点で担がん状態である。　□はい　□いいえ ②①で「はい」の場合、判断根拠となる検査内容および所見を具体的にご記入ください。
	③証明日時点でのご治療内容につきまして、以下のいずれに該当するかご記入ください。（※治療内容の詳細につきましても以下にご記入ください。） □がんの治療を直接の目的（切除や塞栓術等の手術、放射線治療、化学療法や抗癌剤投与等）とするものである。 □治療はがんの再発の防止（経過観察、再発防止目的での投薬等）を目的とするものである。 □その他（詳細を以下にご記入ください。） ※治療内容の詳細をご記入ください。

通院	通院年月	悪性新生物に対する治療(手術、投薬、放射線治療、化学療法等)にともなう通院日を○で囲んでください。※経過観察のための診察や検査のみで、治療行為を伴わない通院は含みません。	計
	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	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	日

8 手術および処置名

手術の種類	(1)開頭術　(2)穿頭術　(3)開胸術（含開心術）・胸腔鏡下手術　(4)開腹術・腹腔鏡下手術 (5)レーザー手術　(6)ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる手術・処置・治療（四肢・四肢以外） (7)経皮的　(8)経尿道的　(9)経膣的　(10)その他（　）
手術の内容	・筋骨関係の手術の場合（観血・非観血）　・手指・足指の手術の場合MP関節を含めて中枢側に（及ぶ・及ばない） ・植皮術・筋皮弁術の場合（25㎠以上・25㎠未満）　・口腔内の手術の場合、顎骨を（削っている・削っていない） ・筋・腱・靭帯に操作が（及ぶ・及ばない）　・穿頭術の場合（新たな穿頭による・既存の穿頭穴を使用）

診療報酬点数区分		手術名	手術日	治療部位	3回目以降・備考等
	K J —		年 月 日（手術の指示日 年 月 日）	左 右	診療報酬点数区分・手術名・手術日・手術種類・手術内容等をご記入ください。
	K J —		年 月 日（手術の指示日 年 月 日）	左 右	
乳房の再建術を行った場合	K —		年 月 日	左 右	
皮下埋込型ポート・リザーバーを抜去した場合	K —		年 月 日		

9 脱毛症状	がんの治療を直接の原因として、頭髪に脱毛の症状が生じていますか。	□はい　□いいえ	症状確認日	年　月　日

10 先進医療				
1.□あり	治療の種類		特定承認医療機関となった承認日	年　月　日
2.□なし	治療の実施日	年　月　日～　年　月　日（実施回数　回）	受療者が負担すべき先進医療の「技術料」のみご記入ください	円

11 放射線治療および温熱療法					
部位		総線量	Gy	期間	年　月　日～　年　月　日
区分	M　—	定位照射　密封小線源　温熱療法　その他（　）			

12 請求意思能力	受療者は保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できると思われますか？　□できる　□できない
13 既往症・持病	有・無 → 病名（　）当院（　科）・他院（　病院） 入院・通院　手術 有・無　治療期間または時期　年　月　日頃～　年　月　日頃まで

上記のとおり証明します。　年　月　日

病院または診療所の 所在地 名称および科名 電話番号

医師氏名　　印

【お願い】追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記箇所に**証明印による訂正印**を押印ください。封筒に封入・封緘のうえご提出ください。

必ず証明印を押印ください（原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに押印）

LIAJ038-D01-202201 '22.01①4,000（W8313）TF　08270200

当社への返送について

返信用封筒を線にそって切り取っていただき、お手持ちの封筒の表面にはがれないように貼り付けてください。この方法でご送付いただいた場合、送料につきましては当社の負担とさせていただきます。

（ご送付いただける郵便の種類）
第一種郵便（封書）

（内容）
定形郵便物（長さ14～23.5cm、幅9～12cmの長方形で、厚さが1cmまでのもの）の中で重量が25gまでの郵便物。

（ご注意）
ご送付いただく前に今一度内容物をご確認ください。

料金受取人払郵便

大阪北局
承　認
4188

差出有効期間
2025年10月
31日まで
（切手不要）

５３０-８７９０

２２４

（定形郵便物）

大阪市北区大深町３－１　グランフロント大阪タワーB
ＦＷＤ生命保険株式会社　保険金部 行

重要　**保険金・給付金請求書類在中**

差出人	ご住所
	お名前

FWD