このページを切り離してご提出ください

STEP3

抗がん剤治療状況報告書（抗がん剤治療給付金用）

被保険者氏名	（ふりがな）	性別	男 ・ 女	生年月日	年　月　日

抗がん剤、または ホルモン剤の 治療の対象となった がんの名称	
抗がん剤、もしくは ホルモン剤の薬剤料、 または処方せん料が 算定される入院・通院 をした年月日	給付金のお支払いは同一の月に1回のみとなります。同一の月に2回以上治療を受けた場合、最初の日をご記入ください。
	1.　年　月　日
	2.　年　月　日
	3.　年　月　日
	4.　年　月　日
	5.　年　月　日
	6.　年　月　日

入院をした 病院または 診療所	病院名		TEL	（　　）
	主治医	科		医師

FWD生命保険株式会社 御中

上記に相違ありません。

記　入　日　　年　月　日

ご請求者さま自署
（被保険者）

被保険者さまが未成年の場合は、親権者さまがご署名ください。

被保険者さまとの関係（　　）

つぎの2種類の書類を、この用紙と一緒にご提出ください。

チェック欄

1. 病院または診療所発行の領収書のコピー　（入院日・通院日が明記されたもの。）
2. つぎのいずれかのもの
   - 病院で抗がん剤やホルモン剤を投与・処方された場合：診療明細書のコピー
   - 薬局で抗がん剤やホルモン剤を受け取られた場合：診療明細書のコピーと薬局発行の調剤明細書のコピー

いずれか一つ

（切り離してご提出ください）

'25.03①11,000(W8333)Ⓕ

FWD生命保険株式会社

- 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。）
- 太枠内は必ずご記入ください。
- 記入内容を訂正されるときは、二重線抹消のうえ、訂正署名（フルネーム）してください。
- 抗がん剤治療状況報告書による請求の条件等は裏面をご確認ください。

STEP3 抗がん剤治療状況報告書（抗がん剤治療給付金用）

被保険者氏名	（ふりがな）みほん　たろう 見本　太郎	性別	㊚・女	生年月日	1995年 5月 10日
抗がん剤、またはホルモン剤の治療の対象となったがんの名称	胃がん				
抗がん剤、もしくはホルモン剤の薬剤料、または処方せん料が算定される入院・通院をした年月日	給付金のお支払いは同一の月に1回のみとなります。同一の月に2回以上治療を受けた場合、最初の日をご記入ください。				
	1. 2025年 1月 2日				
	2. 2025年 2月 5日				
	3. 年 月 日				
	4. 年 月 日				
	5. 年 月 日				
	6. 年 月 日				
入院をした病院または診療所	病院名	ミホン病院	TEL	06（1234）××××	
	主治医	消化器外 科　見本花子 医師			

FWD生命保険株式会社 御中

上記に相違ありません。

記入日 2025年 3月 12日

ご請求者さま自署（被保険者）　見本太郎

被保険者さまが未成年の場合は、親権者さまがご署名ください。

被保険者さまとの関係（　　）

つぎの2種類の書類を、この用紙と一緒にご提出ください。　チェック欄

1. 病院または診療所発行の領収書のコピー　（入院日・通院日が明記されたもの。）　☑
2. つぎのいずれかのもの
   - 病院で抗がん剤やホルモン剤を投与・処方された場合：診療明細書のコピー　☑
   - 薬局で抗がん剤やホルモン剤を受け取られた場合：診療明細書のコピーと薬局発行の調剤明細書のコピー　☑

いずれか一つ

お名前（自署）
請求者ご本人さまが署名してください。

請求者が法人の場合は被保険者さまが署名してください。

（切り離してご提出ください。）

本書面は、抗がん剤治療給付金のみを請求する際にご利用ください。
入院・手術給付金等をあわせて請求する際はご利用できません。

お客さまへ

つぎの1～3の書類すべてをご提出ください。
以下の□枠内に記載の条件を満たす場合に限り、病院等発行の「診断書」の提出を省略できます。

1.「抗がん剤治療状況報告書（抗がん剤治療給付金用）」

・被保険者さまに治療状況を申告していただくものです。（①ページ）
・切り離して他の書類とともに当社へ返送してください。
・被保険者さまご自身が記入・署名してください。記入例（②ページ）をご覧ください。
・被保険者さまが未成年の場合は、親権者さまがご署名ください。

2. 病院または診療所発行の入院日・通院日が明記された領収書のコピー

3. つぎのAかBのうち、どちらか。

A. 病院で抗がん剤やホルモン剤を投与・処方された場合　⇒　診療明細書のコピー
B. 薬局で抗がん剤やホルモン剤を受け取られた場合　⇒　診療明細書のコピーと調剤明細書のコピー

本書面による請求が可能な条件
（つぎのすべてを満たすことが必要です。）

☑ 抗がん剤治療給付金のみの請求であること。
（その他給付金と同時に請求することはできません。）

☑ 同一のがんに対する、抗がん剤治療給付金の請求が2回目以降であること。
（処方された抗がん剤またはホルモン剤が前回から変更されている場合でも、約款および特約条項に規定する薬剤であればご請求いただけます。）

☑ 抗がん剤治療給付金の請求が6回分以内であること。
（抗がん剤治療給付金のお支払いは、同一月につき1回が限度となります。）

☑ 病院または診療所発行の領収書、および、診療明細書のコピー（薬局の場合は加えて調剤明細書のコピー）が添付されていること。

なお、既に診断確定されたがんとは関係なく、新たにがんと診断確定された場合やがんの再発、転移等の診断確定がなされた場合には、再度がん診断給付金等がお支払いできる可能性があります。その場合、診断書が必要となることがありますので、当社までお問い合わせください。

（注意事項）
この取扱いは事前にご連絡いただいた傷病名、薬剤名、入院期間、通院日等の内容にもとづいてご案内しています。内容が相違していた場合は抗がん剤治療状況報告書での取扱いができないため、後日、当社所定の診断書の提出をお願いすることがあります。