

- ・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。
~~1234567~~
 1234555

口座番号 右詰めでご記入ください。
~~1234567~~
 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。

STEP 3 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	被保険者氏名	見本 太郎
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)			
※一括請求は同一契約形態に限りします。			
住所	〒×××-×××××× 〇〇県〇〇市〇〇町99-99		
フリガナ	ミホン タロウ		
請求者(受取人)氏名(自署)	見本 太郎 (印)		
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		
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・請求の場合は配偶者様にご署名ください。		
ご希望されるお受取り口座に○印をご記入ください。↓	フリガナ ミホン タロウ 氏名 見本 太郎 フリガナ 〇〇〇〇〇〇		
送金方法・送金先	必ず受取人名義の口座を指定してください。 金融機関名 〇〇〇〇〇〇 科目 普通(総合) 口座番号 ×××××××× 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 代理店受付日 営業店受付日 本社受付日 書類完備日			

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	〒	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 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。	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	氏名(自署) ※配偶者型の請求の場合は配偶者様にご署名ください。 法人契約・法人受取の場合・ 配偶者型の請求の場合	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 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) 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
	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。

代理店受付日	営業店受付印	本社受付印	書類完備日
受付日	年月日		
取扱営業店	印		
取扱代理店			

- ・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。
~~1234567~~
 1234555

口座番号 右詰めでご記入ください。
~~1234567~~
 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・給付金等請求お手続きのご案内」9ページをご確認ください。

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。

STEP 3 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	被保険者氏名	見本 太郎
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)			
※一括請求は同一契約形態に限りします。			
住所	〒×××-×××××× 〇〇県〇〇市〇〇町99-99		
フリガナ	ミホン タロウ		
請求者(受取人)氏名(自署)	見本 太郎		
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		
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・請求の場合は配偶者様にご署名ください。		
ご希望されるお受取り口座に○印をご記入ください。↓	フリガナ ミホン タロウ 氏名 見本 太郎 フリガナ 〇〇〇〇〇〇		
送金方法・送金先	必ず受取人名義の口座を指定してください。 金融機関名 〇〇〇〇〇〇 科目 普通(総合) 口座番号 ×××××××× 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 代理店受付日 営業店受付日 本社受付日 書類完備日			

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	〒	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 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。	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	氏名(自署) ※配偶者型の請求の場合は配偶者様にご署名ください。 法人契約・法人受取の場合・ 配偶者型の請求の場合		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 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 支店名 農協 信用組合 本店 支店 出張所 信託銀行 その他 右詰めでご記入ください。									
		科目	普通(総) 当座 貯蓄	口座番号	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。

代理店受付日	営業店受付印	本社受付印	書類完備日
受付日	年月日		
取扱営業店	印		
取扱代理店			

ご担当の先生へ

【入院・手術・通院等証明書（診断書）〈がん保険用（全般）〉作成にあたってのお願い】

拝啓 平素は格別のお引き立てをいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、「入院・手術・通院等証明書（診断書）〈がん保険用（全般）〉」は、患者様に保険金・給付金等のご請求に際し、お支払等の要件に該当するかどうかを判断させていただく大切な書類です。

つきましては、ご多忙の中誠に恐縮ですが、以下の《ご記入上のお願い》をご参照のうえ、ご証明いただきたくお願い申し上げます。

なお、作成いただきました「入院・手術・通院等証明書（診断書）〈がん保険用（全般）〉」は、診断書用封筒に封入くださいますようお願い申し上げます。

敬具

《ご記入上のお願い》

1.1欄、2欄、4欄～7欄、12欄、15欄～16欄は必ずご記入ください。
7欄の「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。

2.3欄、8欄～11欄、13欄～14欄は該当する治療がある場合にご記入ください。
8欄および9欄は薬剤が複数ある場合はすべてご記入ください。

3.証明欄（16欄下）にご記入・押印をお願いします。

4.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。

※内容に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。

FWD生命保険株式会社

総合サービスセンター

通話料無料 0120-211-901

入院・手術・通院等証明書（診断書）〈がん保険用（全般）〉

（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	(ア)入院(手術)等の契機となった傷病名	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			
				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 ☐ 入院中			第2回目	年 月 日～年 月 日 ☐ 入院中			
			(入院の指示日 年 月 日) ☐ 退院							(入院の指示日 年 月 日) ☐ 退院	
4前医 又は紹介医		☒ 有 ☐ 無	医療機関名				医師名				
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				
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、判断根拠となる所見を具体的にご記入ください。 ☐ 検査所見(検査内容及び所見についてご記入ください。)										
	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。										



08290200

8	治療の有無	薬剤名		治療期間 ※薬剤料または処方せん料が算定された日のうち、月内最初の日をご記入ください。																											
抗がん剤治療	1. ☐ あり→ 2. ☐ なし			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日																						
	公的医療保険制度対象 ☐ 有 ☒ 無 - 1/□無																														
ホルモン剤治療	1. ☐ あり→ 2. ☐ なし			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日																						
				公的医療保険制度対象 ☐ 有 ☒ 無 - 1/□無																											
9がん緩和療養	治療の有無	薬剤名		治療期間 ※薬剤料または処方せん料が算定された日のうち、月内最初の日をご記入ください。																											
	がん性疼痛緩和目的の疼痛緩和薬の使用	1. ☐ あり→ 2. ☐ なし			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日																					
		公的医療保険制度対象 ☐ 有 ☒ 無 - 1/□無																													
	緩和ケア診療等の入院	1. ☐ あり→ 2. ☐ なし	☐ 緩和ケア病棟入院料算定 ☐ 緩和ケア診療加算算定 ☐ 有床診療所緩和ケア診療加算算定		左記が算定された入院期間	第1回目 年 月 日～年 月 日 第2回目 年 月 日～年 月 日																									
10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)経膈的 (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(25cm以上・25cm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・靱帯に操作が(☒ 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	☒ Ⅰ ☐ Ⅱ	—	手術名		年 月 日 (手術の指示日 年 月 日)	☒ 左 ☐ 右	3回目以降・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。																						
		☒ Ⅲ ☐ Ⅳ	—			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	☒ Ⅰ ☐ Ⅱ	—		年 月 日 (手術の指示日 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	☒ Ⅰ ☐ Ⅱ	—		年 月 日																										
11	脱毛症状	がんの治療を直接の原因として、頭髮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																					
12	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
		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
13	先進医療	1. ☐ あり 2. ☐ なし	治療の種類			特定承認医療機関となった承認日	年 月 日																								
		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」のみご記入して下さい	円																									
14	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()																								
15	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考えられますか？ ☐ できる ☐ できない																													
16	既往症病	☒ 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																			
所在地 病院または名称および科名 診療所の電話番号												医師氏名 ☐ 印																			

必ず証明印を押してください（原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに押印）

LIAJ038-D03-202201 '22.01①200 (W8315)

【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してください。封筒に封入・封緘のうえご提出ください。

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。

(内容)

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

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

5 3 0 - 8 7 9 0

2 2 4

大阪北局
承 認

4188

(定形郵便物)

差出有効期間
2025年10月
31日まで
(切手不要)

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