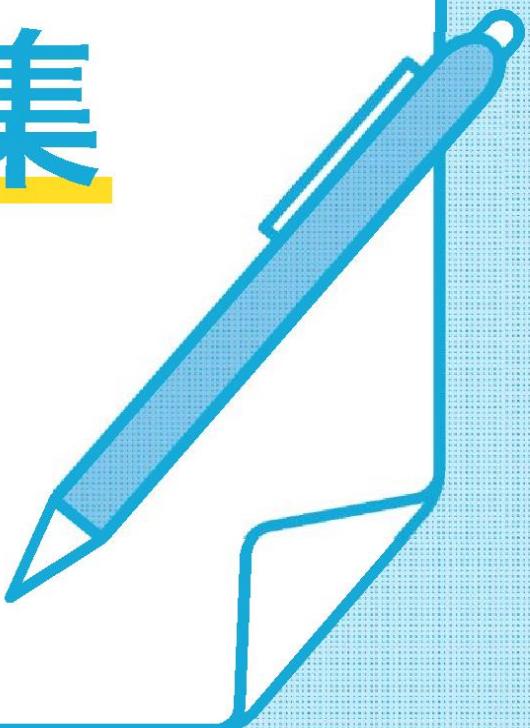


別冊

海外渡航のてびき別冊

必要書類 様式集



この冊子は、保険金請求などの各種お手続きに必要となる書類の 様式 を一冊にまとめたものです。

「海外渡航のてびき」で必要書類をご確認のうえ、該当する書類のページをプリントアウトして、そのまま必要書類としてお使いいただけます。どうぞご活用ください。



目次

- 様式 1 海外渡航・払込代理人設定の届出**
- 様式 2 取引に関する新規届出書（個人用）、取引に関する異動届出書（個人用）**
- 様式 3 FATCA に係る同意書（自己宣誓書）**
- 様式 4 委任状**
- 様式 5 入院・手術証明書（診断書）**
- 様式 6 英訳の入院・手術証明書（診断書）**
- 様式 7 旅券（パスポート）の原本が提示できない場合の理由書（国外）**
- 様式 8 入院先医療施設の領収書が提出（提示）できない場合の理由書（国外）**
- 様式 9 日本国外における入院等に係る事実確認の同意書**
- 様式 10 事故報告書**
- 様式 11 死亡証明書**
- 様式 12 国外への渡航経緯および死亡理由書**



海外渡航・払込代理人設定の届出

令和 年 月 日

株式会社かんぽ生命保険 御中

独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中

この海外渡航・払込代理人設定の届出は、かんぽ生命保険契約についての届出の場合は株式会社かんぽ生命保険に対して、
簡易生命保険契約についての届出の場合は独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構に対して、それぞれ提出します。

下記1の理由のため、下記2の保険契約については、下記4の者を代理人に設定しましたので、届出をします。

保険契約者	〒	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
住 所	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
氏 名	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
電 話 番 号	_____	—	—	—	—	—	—	—	—

1 理由

■ 該当する渡航先に「✓」を記入してください。

- 渡航先 米国 米国以外
- ※ 外国口座税務コンプライアンス法 (Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)) に伴い、確認させていただくものです。
 ※ FATCA 上の米国には、米国の準州（「米領サモア」「北マリアナ諸島自治連邦区」「グアム自治連邦区」「プエルトリコ」「米領ヴァージン諸島」）を含みません。準州へ渡航される場合は、「米国以外」に「✓」を記入してください。
 ※ 渡航先が米国の場合には、別紙「FATCAに係る同意書（自己宣誓書）」等の必要書類も併せてご提出ください。
 ※ 渡航先が米国以外の場合は、別紙「取引に関する異動届出書（個人用）」等の必要書類も併せてご提出ください。

2 保険契約

保険証券（書） 記 号 番 号	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
保 険 金 額	_____	万円	保 険 料 額	_____	円	_____	_____	_____	_____
被 保 険 者	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

3 代理人設定期間中の保険料の払込み

代理人設定期間中の保険料の払込みについては、次のとおり行います。

(※チェック欄のいずれかひとつに「✓」を記入してください。)

チェック	
① 既に払込みが完了しています。	<input type="checkbox"/>
② 指定の口座からの引落しを行います。	<input type="checkbox"/>
③ 令和_____年_____月分以降の保険料は、代理人が郵便局の窓口で払い込みます。	<input type="checkbox"/>

4 代理人

代理 人 住 所	〒	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
氏 名	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
電 話 番 号	_____	—	—	—	—	—	—	—	—
備 考	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

※ 代理人住所欄については、住所の最後に「払込代理人氏名 様方」を記載してください。

(記載例) 東京都千代田区△—△ ○○ ○○ 様方

! すべての欄をご記入ください。

海外渡航・払込代理人設定の届出

令和△年△月△日

株式会社かんぽ生命保険 御中

独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中

この海外渡航・払込代理人設定の届出は、かんぽ生命保険契約についての届出の場合は株式会社かんぽ生命保険に対して、簡易生命保険契約についての届出の場合は独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構に対して、それぞれ提出します。

下記1の理由のため、下記2の保険契約については、下記4の者を代理人に設定しましたので、届出をします。

保険契約者	〒    -    
住 所	東京都千代田区  - 
氏 名	生保 太郎
電 話 番 号	 -    -   

1 理由

ニュージーランドに出張のため

■ 該当する渡航先に「✓」を記入してください。

米国 米国以外

※ 外国口座税務コンプライアンス法 (Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)) に伴い、確認させていただくものです。

※ FATCA 上の米国には、米国の準州（「米領サモア」「北マリアナ諸島自治連邦区」「グアム自治連邦区」「プエルトリコ」「米領

「**ヴァージン諸島**」)を含みません。準州へ渡航される場合は、「**米国以外**」に「**✓**」を記入してください。

※ 速航先が米国の場合、別紙「FATCAに係る同意書（自己宣言書）」等の必要書類も併せてご提出ください。

※ 渡航先が米国以外の場合は、別紙「取引に関する異動届出書（個人用）」等の必要書類も併せてご提出ください。

2 保險契約

3 代理人設定期間中の保険料の払込み

代理人設定期間中の保険料の払込みについては、次のとおり行います。

(※チェック欄のいずれかひとつに「✓」を記入してください。)

(次フェーム欄のタブを切り替えて) ①を入力してください。		チェック
① 既に払込みが完了しています。		<input type="checkbox"/>
② 指定の口座からの引落しを行います。		<input type="checkbox"/>
③ 令和〇〇年〇〇月分以降の保険料は、代理人が郵便局の窓口で払い込みます。		<input checked="" type="checkbox"/>

4 代理人

代理人 住 所	〒	△	△	△	-	△	△	△	△
	東京都千代田区△-△ 生保 次郎 様方								
氏 名	生保 次郎								
電話番号	△△ - △△△△△ - △△△△△								
備考									

※ 代理人住所欄については、住所の最後に「払込代理人氏名 様方」を記載してください。

(記載例) 東京都千代田区△一△ 〇〇 〇〇 條方

取引に関する新規届出書(個人用)

株式会社かんぽ生命保険 御中

「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」に基づき、お客さまに税務上の居住地国等を届出いただく必要がございますので、お手数をお掛けしますが、ご理解・ご協力のほどよろしくお願ひいたします。

また、当届出書において居住地国を米国とご報告いただいた場合、米国の外国口座税務コンプライアンス法(FATCA)実施に関する日米関係府間の声明に基づく書類を別途ご提出いただくことがあります。

太枠の中は、必ずご本人が記入および署名してください。

私は、本届出書の記載内容を確認したこと、私が知りかつ信じる限りにおいて記載内容が真実、正確、完全であることを宣誓します。本届出書の記載事項に変更が生じた場合には、3か月以内に記載事項を更新した異動届出書を提出します。

保険証券 記号番号							届出年月日	年	月	日		
保険契約者 または受取人 (氏名)	※ 居住地国が日本以外の場合、アルファベットまたは英字表記でご記入ください。 (自署)											
生年月日	西暦 年 月 日											
住所	※ 居住地国が日本以外の場合、アルファベットまたは英字表記でご記入ください。 〒 -											
税務上の 居住地国 (所得税に相当 する税が課され る国)	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 米国 <input type="checkbox"/> その他(国名: _____) ※ 居住地国が日本以外の場合、外国納税者番号をご記入ください。なお、外国納税者番号を提供できない場合は、提供できない理由を以下より選択してください。 <table border="1"> <tr> <td>外国納税者番号</td> <td></td> </tr> </table> <p>【提供できない理由】※該当番号を○で囲んでください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 居住地国は納税者番号を発行していない 納税者番号を発行した国または地域の法令により提供が禁止されている その他(理由をご記入ください) _____ 										外国納税者番号	
外国納税者番号												
居住地国が 異なる理由	※ 住所と居住地国が異なる場合には、理由を以下より選択してください。 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 教育機関における教師、トレーニー、インター <input type="checkbox"/> 交流プログラムによる訪問者 <input type="checkbox"/> 外交官 <input type="checkbox"/> その他(理由をご記入ください) _____											

会社使用欄	SC受入日附印	受付局所日附印
-------	---------	---------

! すべての欄をご記入ください。

取引に関する新規届出書(個人用)

株式会社かんぽ生命保険 御中

「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」に基づき、お客さまに税務上の居住地国等を届出いただく必要がございますので、お手数をお掛けしますが、ご理解・ご協力のほどよろしくお願ひいたします。
また、当届出書において居住地国を米国とご報告いただいた場合、米国の外国口座税務コンプライアンス法(FATCA)実施に関する日米関係両間の声明に基づく書類を別途ご提出いただくことがあります。
太枠の中は、必ずご本人が記入および署名してください。

私は、本届出書の記載内容を確認したこと、私が知りかつ信じる限りにおいて記載内容が真実、正確、完全であることを宣誓します。
本届出書の記載事項に変更が生じた場合には、3か月以内に記載事項を更新した異動届出書を提出します。

保険証券 記号番号	0000000000	届出年月日	0000年00月00日
保険契約者 または受取人 (氏名)	※ 居住地国が日本以外の場合、アルファベットまたは英字表記でご記入ください。 (自署) Tarou Hoken		
生年月日	西暦 0000 年 00 月 00 日		
住所	※ 居住地国が日本以外の場合、アルファベットまたは英字表記でご記入ください。 〒 - 1234 Via Filodrammatici X,2 Milano,ITALIA		
税務上の 居住地国 (所得税に相当 する税が課され る国)	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 米国 <input checked="" type="checkbox"/> その他(国名: イタリア) ※ 居住地国が日本以外の場合、外国納税者番号をご記入ください。なお、外国納税者番号を提供できない場合は、提供できない理由を以下より選択してください。 【提供できない理由】※該当番号を○で囲んでください。 1. 居住地国は納税者番号を発行していない 2. 紳税者番号を発行した国または地域の法令により提供が禁止されている 3. その他(理由をご記入ください)		
居住地国が 異なる理由	※ 住所と居住地国が異なる場合には、理由を以下より選択してください。 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 教育機関における教師、トレーニー、インター <input type="checkbox"/> 交流プログラムによる訪問者 <input type="checkbox"/> 外交官 <input type="checkbox"/> その他(理由をご記入ください)		
会社使用欄	SC受入日附印	受付局所日附印	

取引に関する異動届出書(個人用)

株式会社かんぽ生命保険 御中

「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」に基づき、お客さまに税務上の居住地国等を届出いただく必要がございますので、お手数をお掛けしますが、ご理解・ご協力のほどよろしくお願ひいたします。

また、当届出書において居住地国を米国とご報告いただいた場合、米国の外国口座税務コンプライアンス法(FATCA)実施に関する日米関係府間の声明に基づく書類を別途ご提出いただくことがあります。

太枠の中は、必ずご本人が記入および署名してください。

私は、本届出書の記載内容を確認したこと、私が知りかつ信じる限りにおいて記載内容が真実、正確、完全であることを宣誓します。
本届出書の記載事項に変更が生じた場合には、3か月以内に記載事項を更新した異動届出書を提出します。

保険証券 記号番号								届出年月日	年	月	日				
保険契約者 または受取人 (氏名) (自署)	※ 居住地国が日本以外の場合、アルファベットまたは英字表記でご記入ください。														
生年月日	西暦 年 月 日														
住所	※ 居住地国が日本以外の場合、アルファベットまたは英字表記でご記入ください。 〒 一														
税務上の 居住地国 (所得税に相当 する税が課され る国)	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 米国 <input type="checkbox"/> その他(国名:) ※ 居住地国が日本以外の場合、外国納税者番号をご記入ください。なお、外国納税者番号を提供できない場合は、提供できない理由を以下より選択してください。 <table border="1"> <tr> <td>外国納税者番号</td> <td></td> </tr> </table> <p>【提供できない理由】※該当番号を○で囲んでください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 居住地国は納税者番号を発行していない 納税者番号を発行した国または地域の法令により提供が禁止されている その他(理由をご記入ください) <table border="1"> <tr> <td>異動前の居住地国</td> <td></td> </tr> </table> <p>※税務上の居住地国に異動があった場合に記載ください。</p>											外国納税者番号		異動前の居住地国	
外国納税者番号															
異動前の居住地国															
居住地国が 異なる理由	※ 住所と居住地国が異なる場合には、理由を以下より選択してください。 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 教育機関における教師、トレーニー、インター <input type="checkbox"/> 交流プログラムによる訪問者 <input type="checkbox"/> 外交官 <input type="checkbox"/> その他(理由をご記入ください)														

会社使用欄	SC受入日附印	受付局所日附印
-------	---------	---------

! すべての欄をご記入ください。**取引に関する異動届出書(個人用)**

株式会社かんぽ生命保険 御中

「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」に基づき、お客さまに税務上の居住地国等を届出いただく必要がございますので、お手数をお掛けしますが、ご理解・ご協力のほどよろしくお願ひいたします。

また、当届出書において居住地国を米国とご報告いただいた場合、米国の外国口座税務コンプライアンス法(FATCA)実施に関する日米関係庁間の声明に基づく書類を別途ご提出いただくことがあります。

太枠の中は、必ずご本人が記入および署名してください。

私は、本届出書の記載内容を確認したこと、私が知りかつ信じる限りにおいて記載内容が真実、正確、完全であることを宣誓します。
本届出書の記載事項に変更が生じた場合には、3か月以内に記載事項を更新した異動届出書を提出します。

保険証券 記号番号	00000000000000							届出年月日	0000 年 00 月 00 日
保険契約者 または受取人 (氏名)	※ 居住地国が日本以外の場合、アルファベットまたは英字表記でご記入ください。 (自署) Tarou Hoken								
生年月日	西暦 0000 年 00 月 00 日								
住所	※ 居住地国が日本以外の場合、アルファベットまたは英字表記でご記入ください。 〒 1234 Via Filodrammatici X,9 Milano,ITALIA								
税務上の 居住地国 (所得税に相当 する税が課され る国)	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 米国 <input checked="" type="checkbox"/> その他(国名: イタリア) ※ 居住地国が日本以外の場合、外国納税者番号をご記入ください。なお、外国納税者番号を提供できない場合は、提供できない理由を以下より選択してください。 外国納税者番号 <input type="text" value="HKNTRA00000T000H"/>								
【提供できない理由】※該当番号を○で囲んでください。 1. 居住地国は納税者番号を発行していない 2. 紳税者番号を発行した国または地域の法令により提供が禁止されている 3. その他(理由をご記入ください)									
異動前の居住地国 <input type="text"/>									
※税務上の居住地国に異動があった場合に記載ください。									
居住地国が 異なる理由	※ 住所と居住地国が異なる場合には、理由を以下より選択してください。 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 教育機関における教師、トレーニー、インター <input type="checkbox"/> 交流プログラムによる訪問者 <input type="checkbox"/> 外交官 <input type="checkbox"/> その他(理由をご記入ください)								

会社使用欄

SC受入日附印

受付局所日附印

FATCAに係る同意書（自己宣誓書）

株式会社かんぽ生命保険 御中

特定米国人に該当する場合は①、該当しない場合は②をご記入ください。

① 外国口座税務コンプライアンス法上の要請に基づく開示同意書

記入日： 年 月 日

私／当法人が保険契約者である下記保険契約に関する情報について、株式会社かんぽ生命保険がFATCA（外国口座税務コンプライアンス法）上の要請に基づき、米国内国歳入庁に開示することに同意します。

保険証券記号番号								
住所 (ローマ字でご記入ください)	〒 一							
保険契約者氏名 (ローマ字でご記入ください)								
米国納税者番号 (TIN)								

FATCAでは、米国人による海外口座を利用しての租税回避を防止することを目的として米国内国歳入庁へ次の項目の報告を求めているため開示するものです。

- ・氏名、住所、米国納税者番号、ご加入の保険契約の契約内容（返戻金額など）

※ 米国納税者番号（TIN）を必ず記入してください。記入がない場合は、不同意米国口座として報告することとなります。

② 特定米国人に該当しないことの自己宣誓書

記入日： 年 月 日

私は特定米国人に該当しません。

また、私は、本様式の記載内容を確認したこと、私が知りかつ信じる限りにおいて記載内容が真実、正確、完全であることを宣誓します。状況の変化により記載事項に変更が生じた場合には、30日以内に記載事項を更新した新しい書面を提出します。

保険証券記号番号								
住所 (ローマ字でご記入ください)	〒 一							
保険契約者氏名 (ローマ字でご記入ください)								
生年月日	西暦	年	月	日	生			
納税している国								
納税者番号（付与されている場合に記入（複数国の場合は国ごとに記入））								
出生地（都市／国）								

会社使用欄

SC受付日附印

受付局所日附印

① すべての欄をご記入ください。

FATCAに係る同意書（自己宣誓書）

株式会社かんぽ生命保険 御中

特定米国人に該当する場合は①、該当しない場合は②をご記入ください。

① 外国口座税務コンプライアンス法上の要請に基づく開示同意書

記入日： 年 月 日

私／当法人が保険契約者である下記保険契約に関する情報について、株式会社かんぽ生命保険がFATCA（外国口座税務コンプライアンス法）上の要請に基づき、米国内国歳入庁に開示することに同意します。

保険証券記号番号											
住所 (ローマ字でご記入ください)	〒 一										
保険契約者氏名 (ローマ字でご記入ください)											
米国納税者番号 (TIN)											

FATCAでは、米国人による海外口座を利用しての租税回避を防止することを目的として米国内国歳入庁へ次の項目の報告を求めているため開示するものです。

・氏名、住所、米国納税者番号、ご加入の保険契約の契約内容（返戻金額など）

※ 米国納税者番号（TIN）を必ず記入してください。記入がない場合は、不同意米国口座として報告することとなります。

② 特定米国人に該当しないことの自己宣誓書

記入日： 0000 年 00 月 00 日

私は特定米国人に該当しません。

また、私は、本様式の記載内容を確認したこと、私が知りかつ信じる限りにおいて記載内容が真実、正確、完全であることを宣誓します。状況の変化により記載事項に変更が生じた場合には、30日以内に記載事項を更新した新しい書面を提出します。

保険証券記号番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
住所 (ローマ字でご記入ください)	〒 一 1234 Sample Street, Los Angels, CA 99999										
保険契約者氏名 (ローマ字でご記入ください)	Hanako Hoken										
生年月日	西暦 0000 年 00 月 00 日生										
納税している国	日本										
納税者番号（付与されている場合に記入（複数国の場合は国ごとに記入））											
出生地（都市／国）	東京／日本										

会社使用欄

SC受付日附印

受付局所日附印

委任状

株式会社かんぽ生命保険 御中
独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中

委任された 方向け	別の委任状で委任された 方がさらに委任する場合 (□欄チェック)	<input type="checkbox"/>
--------------	--	--------------------------

記入日 20 年 月 日

委任する方ご本人がすべての欄を記入してください。

委任する方	住所	〒 -	
	氏名	印 ←必ず押印してください。 (印鑑登録証明書を提出する場合は、 登録印を押印してください。)	
	日中連絡先	携帯電話番号 () -	固定電話番号 () -

委任された方	住所	□ 委任する方の住所と同一 ※異なる場合は以下に住所を記入してください。 〒 -	
	氏名	委任する方から 見た続柄 (□欄チェック)	□ 配偶者 □ 子 □ 父母 □ 祖父母 □ 孫 □ 弟兄姉妹 □ その他()

委任の内容

私(委任する方)は、次の保険契約について請求内容欄で選択した請求を代理人(委任された方)に委任します。
なお、委任事項の遂行に関して必要と認める場合は、代理人(委任された方)の責任において復代理人を選任することを許諾します
(復代理人から別の代理人にさらに委任することはできません。)。

保険証券 (保険証書) 記号番号※1	(1)							
	(2)							
	(3)							

契約(上記(1)～(3))ごとにお手続きする種別を選択してください。

請求内容※1 (該当のお手続きにチェックしてください)	種別	契約 (1)	契約 (2)	契約 (3)	種別	契約 (1)	契約 (2)	契約 (3)
	①各種保険金等請求	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤解約等※2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②契約者貸付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥保険証券(保険証書)再度発行請求	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③振込先口座の指定・変更 (年金継続口座を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑦その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④契約関係者の指定・変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※1 請求する保険契約が4件以上ある場合は、保険証券(保険証書)記号番号と併せて裏面に①～⑦の番号を記入してください。

なお、「⑦その他」の場合は具体的な請求内容を併記してください。

※2 「⑤解約等」に該当する請求内容は、保険契約の解約、特約の解約、保険金額の減額変更、特約保険金額の減額変更、保険料払済契約への変更、保険期間の短縮変更、または保険料払込期間の短縮変更です。

上記の請求内容で□欄にチェックした数の合計を「請求内容の合計件数」欄に記入してください。

※ 裏面にも請求内容を記入している場合は、その件数との合計を記入してください。

請求内容 合計件数	件
不利益事項等の確認チェック	
解約等のご請求(請求内容が「⑤解約等」)にあたっては、不利益事項等を必ず確認し、了承いただいた上で□欄にチェックしてください(復代理人がお手続きする場合、遺言執行者、差押債権者、破産管財人または相続財産清算人が委任する方となる場合はチェック不要です。)。 □ 解約等のお手続きに際し、「不利益事項の説明書」および「各種制度の説明書」を確認し、内容について了承しました。	
保険金等の受取方法	
保険金等の受取方法は、受取人等本人の口座への振り込みに限ります。契約者貸付、解約等、失効返戻(還付)金、満期保険金、生存保険金、学資祝金、健康祝金、契約者配当金または年金の請求については、委任された方が現金でお受け取りになることはできません。 これ以外の保険金等の現金でのお受け取りを希望される場合は、□欄にチェックしてください。 □ 委任された方が現金で受け取ることを希望	

<受付局所使用欄> ※ 事実確認を要する場合、取扱者以外の社員が請求の受付前に委任者等へ委任の事実を確認した上、確認印を押印します。

すべての項目を確認し、□欄にチェックします。 また、委任の内容に不整合がある場合等は、確認した正しい内容を「その他確認事項」欄等に記載します。		確認印 印 ※取扱者以外の署名または社員印
<input type="checkbox"/> 委任者の情報(氏名・住所) <input type="checkbox"/> 提出いただいた公的書類の名称 <input type="checkbox"/> 代理人の情報(氏名・住所等) <input type="checkbox"/> 委任した内容(請求内容)	<input type="checkbox"/> 委任者自身が手続できない理由 () <input type="checkbox"/> (解約等の場合)不利益事項等の理解状況等 <input type="checkbox"/> その他確認事項 ※確認した事項を記載します。 ()	



請求を委任する方がすべての欄をご記入ください。

委任状

株式会社かんぽ生命保険 御中
独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中

委任された 方向け 別の委任状で委任された 方がさらに委任する場合 (□欄チェック)

記入日 2000年0月0日

委任する方ご本人がすべての欄を記入してください。

委任する方	住所	〒 1234, Sample Street, Los Angeles, CA 99999	
	氏名	保険 太郎	保険太郎 <small>印</small> ←必ず押印してください。 (印鑑登録証明書を提出する場合は、 ※押印も可 登録印を押印してください。)
	日中連絡先	携帯電話番号 (000) 0000 - 0000	固定電話番号 () -
委任された方	住所	□ 委任する方の住所と同一 ※異なる場合は以下に住所を記入してください。 〒 141 - 0001 東京都品川区北品川 5-6-1	
	氏名	保険 花子	委任する方から 見た続柄 (□欄チェック) <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()

委任の内容

私(委任する方)は、次の保険契約について請求内容欄で選択した請求を代理人(委任された方)に委任します。
なお、委任事項の遂行に関して必要と認める場合は、代理人(委任された方)の責任において復代理人を選任することを許諾します
(復代理人から別の代理人にさらに委任することはできません。)

保険証券 (保険証書) 記号番号※1	(1)	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	(2)	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	(3)										

契約(上記(1)~(3))ごとにお手続きする種別を選択してください。

請求内容※1 (該当のお手続きにチェックしてください)	種別	契約(1)	契約(2)	契約(3)	種別	契約(1)	契約(2)	契約(3)
	①各種保険金等請求	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤解約等※2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②契約者貸付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥保険証券(保険証書)再度発行請求	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③振込先口座の指定・変更 (年金継続口座を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑦その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④契約関係者の指定・変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

※1 請求する保険契約が4件以上ある場合は、保険証券(保険証書)記号番号と併せて裏面に①~⑦の番号を記入してください。
なお、「⑦その他」の場合は具体的な請求内容を併記してください。

※2 「⑤解約等」に該当する請求内容は、保険契約の解約、特約の解約、保険金額の減額変更、特約保険金額の減額変更、保険料払済契約への変更、保険期間の短縮変更、または保険料払込期間の短縮変更です。

上記の請求内容で□欄にチェックした数の合計を「請求内容の合計件数」欄に記入してください。

※ 裏面にも請求内容を記入している場合は、その件数との合計を記入してください。

請求内容の合計件数	2 件
解約等のご請求(請求内容が「⑤解約等」)にあたっては、不利益事項等を必ず確認し、了承いただいた上で□欄に チェックしてください(復代理人がお手続きする場合、遺言執行者、差押債権者、破産管財人または相続財産清算 人が委任する方となる場合はチェック不要です。) <input checked="" type="checkbox"/> 解約等のお手続きに際し、「不利益事項の説明書」および「各種制度の説明書」を確認し、内容について 了承しました。	

保険金等の受取方法	保険金等の受取方法は、受取人等本人の口座への振り込みに限ります。契約者貸付、解約等、失効返戻(還付) 金、満期保険金、生存保険金、学資積立金、健康保険金、契約者配当金または年金の請求については、委任された方が現 金でお受け取りになることはできません。 <input checked="" type="checkbox"/> 委任された方が現金で受け取ることを希望
-----------	--

<受付局所使用欄> ※ 事実確認を要する場合、取扱者以外の社員が請求の受付前に委任者等へ委任の事実を確認した上、確認印を押印します。

すべての項目を確認し、□欄にチェックします。 また、委任の内容に不整合がある場合等は、確認した正しい内容を「その他確認事項」欄等に記載します。		確認印 <small>印</small> ※取扱者以外 の署名または 社員印
<input type="checkbox"/> 委任者の情報(氏名・住所)	<input type="checkbox"/> 委任者自身が手続きできない理由 ()	
<input type="checkbox"/> 提出いただいた公的書類の名称	<input type="checkbox"/> (解約等の場合)不利益事項等の理解状況等	
<input type="checkbox"/> 代理人の情報(氏名・住所等)	<input type="checkbox"/> その他確認事項 ※確認した事項を記載します。	
<input type="checkbox"/> 委任した内容(請求内容)	()	

各種お手続きを代理人の方に委任して行う場合のご案内

- 各種お手続きを代理人の方に委任して行う場合は、項番1の書類をご用意いただき、お手続きください。
- お手続きを委任された方が、さらに委任して各種お手続きを行う場合は、項番2の書類をご用意いただき、お手続きください。

1 委任者が委任状を使用して、お手続きを委任代理人に委任する場合

- ✓ 委任する方(委任者)ご本人さまが作成した委任状
- ✓ 委任する方(委任者)ご本人さまの(顔写真付きの)公的書類の原本
- ✓ 委任された方(委任代理人)の(顔写真付きの)公的書類の原本
- ✓ 委任された方(委任代理人)の印章

2 委任された方が、お手続きを別の代理人(復代理人)にさらに委任する場合

※ 復代理とは、委任された方がさらに委任することです。

ケース① 委任された方が別の代理人(復代理人)にさらに委任する場合

委任者 A → 委任代理人 B → 復代理人 C
委任状① 委任状②

- ✓ 委任者 A が作成した委任状
- ✓ 委任代理人 B が作成した委任状
- ✓ 復代理人 C の
- ✓ 委任者 A の (顔写真付きの)公的書類の原本
- ✓ 委任代理人 B の (顔写真付きの)公的書類の原本
- ✓ 印鑑登録証明書の原本
- ✓ 印鑑登録証明書の原本
- ✓ 復代理人 C の印章

ケース② 未成年者の法定代理人が別の代理人(復代理人)にさらに委任する場合

委任者(未成年者)A → 法定代理人 B → 復代理人 C
委任状

- ✓ 委任者(未成年者)A の (顔写真付きの)公的書類の原本
- ✓ 法定代理人 B が作成した委任状
- ✓ 復代理人 C の (顔写真付きの)公的書類の原本
- ✓ 法定代理人 B の (顔写真付きの)公的書類の原本
- ✓ 復代理人 C の印章

3 お手続きにあたっての注意事項

- ✓ 委任の事実等を確認するため、委任する方(委任者)ご本人さまへ電話連絡させていただく場合があります。
- ✓ 取引時確認が必要なお手続きでは、委任する方および委任された方の顔写真付きの公的書類の原本が必要です。
- ✓ お持ちいただいた公的書類は、コピーさせていただく場合や提出いただく場合があります。
- ✓ 現金でのお受け取りをご希望の場合は、受取人等ご本人さまから代理人の方へ、現金でのお受け取りを希望される理由を、事前にお伝えください。
郵便局所で代理人の方がお手続きされる際に、その理由を書面へ記入の上、提出いただきます。ただし、以下の保険金等については、代理人の方からの請求と同時に現金でのお受け取りはできません。
・契約者貸付金・解約(特約解約)返戻(還付)金・失効(特約失効)返戻(還付)金・満期保険金
・生存保険金・学資祝金・健康祝金・契約者配当金・年金(継続年金を含みます。)・育英年金。
- ✓ 解約等のお手続きに際しては、「不利益事項の説明書(※)」および「各種制度の説明書(※)」を確認いただき、同書の記載内容に了承いただいた上で、委任状の「不利益事項等確認チェック」欄にチェックしてください。

※ かんぽ生命のWebサイト内「委任代理人によるお手続きをご希望の場合」で、不利益事項の説明書等を確認いただけます。

<https://www.jp-life.japanpost.jp/customer/procedure/cancel.html>



【様式 5 は次ページ】

入院・手術証明書（診断書）

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">お問い合わせ 2 1 本 記 書 の 記 入 後 診 断 書 は の 下 部 医 師 の 封 筒 に 入 れ て す る 患 者 さ ま に お 渡 し く だ さ い 正 印 の 押 印 を 必 ず お 願 い し ま す。</p>	1 氏名		カルテ番号()		<input type="checkbox"/> 男性	生年	明治	□ 大正						
					<input type="checkbox"/> 女性	月日	昭和	□ 平成	□ 令和	年 月 日				
	2 傷病名(確定診断された場合は確定診断後の傷病名)		傷病発生年月日(症状出現日または異常指摘日等)											
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 症状出現 <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常指摘											
	ア 入院等の治療を行った傷病名		入院等の治療を勤めた日											
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 手術											
	イアの原因		傷病発生年月日(症状出現日または異常指摘日等)											
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 症状出現 <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常指摘											
	3 前医紹介医		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	治療期間	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 医療機関名							
				年 月 日 ~ 年 月 日										
4 診療期間		初診 年 月 日 ~ 年 月 日				<input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 終診								
5 入院期間		第1回入院	上記傷病の番号		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 退院下記に記入ください <input type="checkbox"/> 治療退院 <input type="checkbox"/> 脱院、療養とも不要 <input type="checkbox"/> 要通院 <input type="checkbox"/> 要療養 <input type="checkbox"/> 転院、転科入院 <input type="checkbox"/> 死亡退院							
					年 月 日 ~ 年 月 日									
		※今回の傷病を原因として入院した期間を下記に記入ください(入院日が同一の場合(日帰り入院)もご記入ください)。		第2回入院	上記傷病の番号		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 退院(上記に記入ください) <input type="checkbox"/> 治療退院 <input type="checkbox"/> 脱院、療養とも不要 <input type="checkbox"/> 要通院 <input type="checkbox"/> 要療養 <input type="checkbox"/> 転院、転科入院 <input type="checkbox"/> 死亡退院					
※今回の傷病を原因として入院した期間を下記に記入ください(入院日が同一の場合(日帰り入院)もご記入ください)。		第3回以降	上記入院の場合は、入院基本料(DPC・短手3等)の算定		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 3回目以降の入院があれば、[上記傷病の番号]、[入院期間]、[日帰り入院の場合は入院基本料の算定有無]、[現在入院中・退院時の状況]をご記入ください。								
分娩による入院の場合		上記入院期間中に健保険が適用されない期間		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	分娩日 年 月 日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						
6 今回の傷病に関する手術等		第1回手術	上記傷病の番号		手術名	手術部位	診療報酬点数区分		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和					
※今回の傷病に関する手術等を全てご記入ください。					<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 薬科 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D								
					<input type="checkbox"/> 分娩による手術の場合 <input type="checkbox"/> 健康保険非適用	<input type="checkbox"/> (1)開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/> (2)開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/> (3)開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/> (4)経尿道的 <input type="checkbox"/> (5)経皮的 <input type="checkbox"/> (6)内視鏡(喉頭鏡を含む) <input type="checkbox"/> (7)カーテール(血管カーテールを含む) (8)前記以外(<input type="checkbox"/> (ア)穿頭術 <input type="checkbox"/> (イ)経皮的 <input type="checkbox"/> (ウ)その他())								
※先進医療は、本欄および「7 放射線治療」欄ではなく、「8 先進医療」欄にご記入ください。		第2回手術	上記傷病の番号		手術種類	手術目的	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、M P関節を含めて中軸側におよぶ手術							
					手術内容	筋筋(骨・関節・筋・腱・韌帶)手術の場合	<input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血	<input type="checkbox"/> 自家骨移植術の場合(接骨部位)						
					悪性組織を	<input type="checkbox"/> 摘出した <input type="checkbox"/> 摘出しない	<input type="checkbox"/> 皮膚(皮皮)術の場合 2.5cm以上におよぶ手術							
※温熱療法を含み、血液照射を含みません。		第3回以降	上記傷病の番号		手術名	手術部位	診療報酬点数区分		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和					
					<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 薬科 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D								
					<input type="checkbox"/> 分娩による手術の場合 <input type="checkbox"/> 健康保険非適用	<input type="checkbox"/> (1)開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/> (2)開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/> (3)開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/> (4)経尿道的 <input type="checkbox"/> (5)経皮的 <input type="checkbox"/> (6)内視鏡(喉頭鏡を含む) <input type="checkbox"/> (7)カーテール(血管カーテールを含む) (8)前記以外(<input type="checkbox"/> (ア)穿頭術 <input type="checkbox"/> (イ)経皮的 <input type="checkbox"/> (ウ)その他())								
※温熱療法を含み、血液照射を含みません。				手術種類	手術目的	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、M P関節を含めて中軸側におよぶ手術								
				手術内容	筋筋(骨・関節・筋・腱・韌帶)手術の場合	<input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血	<input type="checkbox"/> 自家骨移植術の場合(接骨部位)							
				悪性組織を	<input type="checkbox"/> 摘出した <input type="checkbox"/> 摘出しない	<input type="checkbox"/> 皮膚(皮皮)術の場合 2.5cm以上におよぶ手術								
※温熱療法を含み、血液照射を含みません。				3回目以降の手術があれば、[上記傷病の番号]、[手術名]、[手術部位]、[診療報酬点数区分]、[手術日]、[手術種類]、[手術内容]をご記入ください。										
7 放射線治療		放射線名称		<input type="checkbox"/> 電磁波温熱療法 <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> IMRT <input type="checkbox"/> 体外照射 <input type="checkbox"/> 粒子線治療 <input type="checkbox"/> 重粒子線 <input type="checkbox"/> 陽子線 <input type="checkbox"/> 密封小線源治療	内用療法(<input type="checkbox"/> 甲状腺癌・131I <input type="checkbox"/> 骨転移・89Sr <input type="checkbox"/> リンパ腫・90Y <input type="checkbox"/> 前立腺癌・223Ra)		<input type="checkbox"/> その他()							
※温熱療法を含み、血液照射を含みません。		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	部位	期間 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	総線量 Gy						
8 先進医療		厚生労働大臣が定める「先進医療」の技術名						当該先進医療の届出受理年月日 年 月 日						
※実施日(期間)		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 実施回数					先進医療技術料 ※既往歴・既往病歴を含みます。					
9 悪性新生物の場合		病理組織診断名						<p>(p) TNM分類 T() N() M()</p> <p>前記組織診断確定日 年 月 日</p>						
※皮膚内ねじりCINII節を含みます。														
10 今回の傷病にかかる後遺障害		<input type="checkbox"/> 両眼失明 <input type="checkbox"/> 言語/そしゃく機能全癆					左眼以外の後遺障害(視野狭窄、手・足・脊柱の萎縮(手指・足指を含む)等)							
※証明日時点の状態をご記入ください。		<input type="checkbox"/> 歩行不能 <input type="checkbox"/> 四肢完全麻痺 <input type="checkbox"/> 片麻痺												
11 告知病名		本人に病名を[]上欄「2 傷病名」と同じ、□ 病名())と告げた。				
12 請求意思能力		現在、本人には保険金等を請求する意思能力がありますか。(現在の状況が不明(死亡を含みます)の場合はチェック不要です。)				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
上記のとおり証明する。		郵便番号						令和 年 月 日						
病院または診療所名		所在地												
		名 称												
		科 名												
		医師氏名												
		電話番号												

この証明書は、㈱かんぽ生命保険の保険契約用および同社が独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構から委託を受けて管理している保険契約用です。ご証明いただいた事項につきまして、後日、当社から、照会させていただくことがあります。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (PROOF OF HOSPITALIZATION AND/OR SURGERY)

1.Patient's Name	Medical record No.()			M/F	Date of Birth	/ / (Day) (Month) (Year)			
2.Name of sickness/injury					Date of sickness/injury onset				
a)Name of sickness/injury requiring hospitalization					/ / (Day) (Month) (Year)	Presumption of Doctor/ Reported by patient			
b)Reason of a)					/ / (Day) (Month) (Year)	Presumption of Doctor/ Reported by patient			
c)Complication					/ / (Day) (Month) (Year)	Presumption of Doctor/ Reported by patient			
3.Past History	Y/N	Name of sickness/injury		Name of facility	Treatment Term				
4.Previous Doctor	Y/N	1 st consultation	/ /	Name of facility (department/ address)	Doctor's Name				
5.Treatment Term	First medical consultation		/ / ~ / /	(Day/Month/Year) (Treatment concluded/Still under treatment)					
6.Admission Term	1 st hospitalization		/ / ~ / /	(Treatment concluded/Still under treatment)					
2 nd hospitalization		/ / ~ / /				(Treatment concluded/Still under treatment)			
7.Reason for discharge/ condition when discharged		(1) Cured							
		Discharged					(2) Both outpatient care and self-managed care are unnecessary		
							(3) Outpatient		
							(4) Self-managed care		
		(5) Hospitalization							
		(6) Transfer of hospital/department (inpatient/outpatient)							
		(7) Other							
8. Progress from onset of the sickness/injury to the first visit, and the first diagnosis. (Please indicate when and how symptom(s) first appeared.)				9. Symptom(s), progress, etc. (details and results of examination, details of treatment, progress, etc. (*Please indicate operation at section 10 below))					
10. Surgical operation effected on this sickness/injury		Name of operation		Date of operation / /					
		Purpose of operation (treatment, needle biopsy, other biopsy)/ In case of a finger or a toe, it reaches/does not reach center side, including MP joint./ In case of musculoskeletal operation(bones, joints, muscles, tendons, ligaments) (open/closed) /In case of bone grafting,(part of bone:)/ Malignant tissue (removed, unremoved)/ In case of skin grafting (more than 25cm ² , less than 25cm ²)							
Type of operation		(1) Craniotomy (excluding trepanation) (2) Thoracotomy (3) Laparotomy (4) a. Transurethral surgery b. Transvaginal surgery c. Operation using an endoscope or a catheter (including thoracoscope and laparoscope)							
(5)Other a. Trepanation b. Percutaneous c. Other ()									
11.Radiotherapy	Place	Period		/ / ~ / /	Total quantity	Gy(Rads)			
12.Date of notification	Patient was notified on / / that the name of the disease was ()								
13.Claim Capacity	Does the patient have the mental capacity to claim benefits, etc.?					Y/N			
I hereby certify the above statement. Address of hospital/clinic Zip Code (Geriatric Health Services Location Facilities are not included.) Name (Department) Doctor's name Phone number									

For items printed in bold, please circle the appropriate item.

If you correct any part of your statement, please sign on the part.

If you have been hospitalized at two or more hospitals for two or more sicknesses/injuries, please correct as appropriate to make each admission term clear.

This certificate must be presented when making an insurance claim to JAPAN POST INSURANCE Co., Ltd., either as the primary insurer or acting on behalf of the Organization for Postal Savings, Postal Life Insurance and Post Office Network.

The content of the certificate is subject to inquiry by the company later.

年 月 日

- 株式会社かんぽ生命保険 御中
 独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中

旅券（パスポート）の原本が提示できない場合の理由書（国外）請求人
住所

氏名

電話番号 ー ー

被保険者からみた続柄

下記 1 の保険金請求に係る旅券（パスポート）については、下記 2 の理由から原本を提示することができません。

記

1 請求内容

保険証券（書）記号番号

ー ー

滞在国

滞在期間
(日本出国日)

年 月 日 から

(日本帰国日または死亡日)

年 月 日 まで

2 旅券（パスポート）の原本を提示できない理由

※ 該当する項目の□に✓をし、その他を選択した場合はその理由を（ ）内に記載してください。

- 現在、日本国外に渡航中のため
 その他



! すべての欄をご記入ください。

- 株式会社かんぽ生命保険 御中
 独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中

△△△△ 年 △ 月 △ 日

旅券（パスポート）の原本が提示できない場合の理由書（国外）

請求人

住所

東京都品川区北品川 5-6-1

氏名 保険 花子

電話番号 000 - 0000 - 0000

被保険者からみた続柄 母

下記 1 の保険金請求に係る旅券（パスポート）については、下記 2 の理由から原本を提示することができません。

記

1 請求内容

保険証券（書）記号番号 00 - 00 - 0000000

滞在国 イタリア

滞在期間
(日本出国日) 2022 年 10 月 1 日 から

(日本帰国日または死亡日) 2023 年 9 月 30 日 まで

2 旅券（パスポート）の原本を提示できない理由

※ 該当する項目の□に✓をし、その他を選択した場合はその理由を () 内に記載してください。

現在、日本国外に渡航中のため

その他

[]

年 月 日

- 株式会社かんぽ生命保険 御中
 独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中

入院先医療施設の領収書が提出（提示）できない場合の理由書（国外）

請求人
住所

氏名

電話番号 — —

被保険者からみた続柄

下記 1 の入院保険金請求に関する入院先医療施設の領収書については、下記 2 の理由から提出（提示）することができません。

記

1 請求内容

保険証券（書）記号番号 — —

滞在国

入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

入院先の医療施設名

2 領収書を提出（提示）できない理由

! すべての欄をご記入ください。

株式会社かんぽ生命保険 御中
 独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中

△△△△ 年 △ 月 △ 日

入院先医療施設の領収書が提出（提示）できない場合の理由書（国外）

請求人

住所

東京都品川区北品川 5-6-1

氏名 保険 花子

電話番号 000 - 0000 - 0000

被保険者からみた続柄 母

下記1の入院保険金請求に関する入院先医療施設の領収書については、下記2の理由から提出（提示）することができません。

記

1 請求内容

保険証券（書）記号番号 00 - 00 - 0000000

滞在国

イタリア

入院期間 2021 年 5 月 1 日 ~ 2021 年 5 月 10 日

入院先の医療施設名

2 領収書を提出（提示）できない理由

○○○○のため

同意書

主治医殿、関係各位殿

被保険者の症状、治療歴および事故事実について、個人情報の保護に関する法令等を共に理解し、被保険者の加入している保険契約を扱う(株)かんぽ生命保険、または同社より委託された確認会社が、治療先および関係機関に於いて、保険査定上必要な事実確認および医療記録の取付けを行うことを承諾いたします。なお、本書のコピーにても有効であることを認めます。

※ 加入している保険契約とは、(株)かんぽ生命保険の保険契約および同社が独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構から委託を受けて管理している保険契約のことです。

《本同意書の記載に際してご確認いただきたい事項》

(株)かんぽ生命保険は、本同意書を保険査定上必要な事実確認の目的にのみ利用し、外国（米国、中国またはタイ）を含む委託先の確認会社に提供し、当該確認会社がお客様の渡航先における治療先または関係機関へ提供します。委託先となる確認会社は本同意書をご提出いただいた後に選定するため特定できておりませんが、米国、中国およびタイに関する個人情報の保護に関する制度等については、個人情報保護委員会のウェブサイトをご確認ください。
(<https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/kaiseihogohou/>)

「中国語訳文」

(中文译文)

同意書

主治医师及各位有关人士

本人了解个人信息保护的相关法律法规等，在此同意被保险人保险合同的（株）简保人寿保险公司或其委托的保险调查公司，在被保险人接受治疗的医疗机构等，就被保险人的症状、治疗过程及事故事实等，进行在保险核定上所必要的调查，并复印所有相关治疗记录。

另外，本人亦同意本同意书的复印件同样有效。

※投保的保险合同是指，（株）简易保险人寿保险公司的保险合同及该公司接受独立行政法人邮政储蓄简易人寿保险管理及邮局网络支援机构委托进行管理的保险合同。

年 月 日

被保険者氏名 (与被保险人姓名)	日本名（日本で使用している通称名を含む） (包括在日本所使用的通称姓名在内)	外国名（母国で使用している氏名） (在祖国使用的姓名)
同意者の署名又は押印欄 (同意人的签名或盖章)	署名は旅券と同一のサインをご記入ください。また、印章を必ず押印ください。 (签名笔迹务必跟护照上的相一致。另外，务必盖章。)	
被保険者との関係 (与被保险人的关系)	被保険者本人・相続人代表者・親権者・法定代理人 (被保险人本人・继承人的代表人・有监管权的父母・法定代理人)	
住所 (住址)		

! すべての欄をご記入ください。

同意書

主治医殿、関係各位殿

被保険者の症状、治療歴および事故事実について、個人情報の保護に関する法令等を共に理解し、被保険者の加入している保険契約を扱う(株)かんぽ生命保険、または同社より委託された確認会社が、治療先および関係機関に於いて、保険査定上必要な事実確認および医療記録の取付けを行うことを承諾いたします。なお、本書のコピーにても有効であることを認めます。

※ 加入している保険契約とは、(株)かんぽ生命保険の保険契約および同社が独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構から委託を受けて管理している保険契約のことです。

《本同意書の記載に際してご確認いただきたい事項》

(株)かんぽ生命保険は、本同意書を保険査定上必要な事実確認の目的にのみ利用し、外国(米国、中国またはタイ)を含む委託先の確認会社に提供し、当該確認会社がお客様の渡航先における治療先または関係機関へ提供します。委託先となる確認会社は本同意書をご提出いただいた後に選定するため特定できませんが、米国、中国およびタイに関する個人情報の保護に関する制度等については、個人情報保護委員会のウェブサイトをご確認ください。

(<https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/kaiseihogohou/>)

「中国語訳文」

(中文译文)

同意书

主治医师及各位有关人士

本人了解个人信息保护的相关法律法规等，在此同意被保险人保险合同的（株）简保人寿保险公司或其委托的保险调查公司，在被保险人接受治疗的医疗机构等，就被保险人的症状、治疗过程及事故事实等，进行在保险核定上所必要的调查，并复印所有相关治疗记录。

另外，本人亦同意本同意书的复印件同样有效。

※投保的保险合同是指，（株）简易保险人寿保险公司的保险合同及该公司接受独立行政法人邮政储蓄简易人寿保险管理及邮局网络支援机构委托进行管理的保险合同。

0000年00月00日

被保険者氏名 (与被保险人姓名)	日本名（日本で使用している通称名を含む） (包括在日本所使用的通称姓名在内)	外国名（母国で使用している氏名） (在祖国使用的姓名)
	保険 太郎	保险 太郎
同意者の署名又は押印欄 (同意人的签名或盖章)	署名は旅券と同一のサインをご記入ください。また、印章を必ず押印ください。 (签名笔迹务必跟护照上的相一致。另外，务必盖章。)	
	保険 太郎 (保险 太郎)	
被保険者との関係 (与被保险人的关系)	被保険者本人・相続人代表者・親権者・法定代理人 (被保险人本人・继承人的代表人・有监管权的父母・法定代理人)	
住所 (住址)	東京都千代田区霞が関〇一〇 (东京都千代田区锦关〇一〇)	

同 意 書

Details of the insurance loss (保険事故の概要 ※英語でご記載ください) :

Name of the injured / the deceased (当事者 ※ローマ字でご記載ください) :

Date of the incident (事故日 または入院日 ※西暦でご記載ください) :

Place of the incident or medical facility

(事故場所 または入院医療機関 ※英語でご記載ください) :

上記保険事故に関する事故事実、症状および治療歴について、個人情報の保護に関する法令等を共に理解し、上記当事者の加入している保険契約を扱う㈱かんぽ生命保険、または同社より委託された確認会社が、治療先および関係機関に於いて、保険査定上必要な事実確認および資料（警察記録、検視官記録および医療記録を含む）の請求取付けを行うことを承諾いたします。また、請求に際し、本書が代用請求文書となることを承諾いたします。なお、本書のコピーにても有効であることを認めます。

※ 加入している保険契約とは、㈱かんぽ生命保険の保険契約および同社が独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構から委託を受けて管理している保険契約のことです。

《本同意書の記載に際してご確認いただきたい事項》

㈱かんぽ生命保険は、本同意書を保険査定上必要な事実確認の目的にのみ利用し、外国（米国、中国またはタイ）を含む委託先の確認会社に提供し、当該確認会社がお客様の渡航先における治療先または関係機関へ提供します。委託先となる確認会社は本同意書をご提出いただいた後に選定するため特定できておりませんが、米国、中国およびタイに関する個人情報の保護に関する制度等については、個人情報保護委員会のウェブサイトをご確認ください。

（<https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/kaiseihogohou/>）

【英訳文】(ENGLISH TRANSLATION)

LETTER of ADVICE and AUTHORIZATION

To whom it may concern,

I hereby authorize the JAPAN POST INSURANCE Co., Ltd. dealing with the insurance contract of above person concerned, or the insurance claims investigating company being authorized by above company, in accordance with laws and regulations relating to personal information protection, to carry out necessary investigations on above insurance loss to clarify the fact, symptom and medical consultation at hospitals and other parties involved, and to obtain any and all necessary materials (including police records, coroner's reports, all medical records and relevant documents possessed by medical facilities and any other records in relation with above insurance loss). This consent also reflects an application to release all relevant information. A photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

*The insured's insurance contract means the insurance contract of JAPAN POST INSURANCE Co., Ltd., and the insurance contract of which JAPAN POST INSURANCE Co., Ltd. received commission from Organization for Postal Savings, Postal Life Insurance and Post Office Network and conducts management.

Date: · ·

The insured (被保険者 ※ローマ字でご記載ください) :

The authorizer (同意者 ※ローマ字でご記載ください) :

Address (住所 ※英語でご記載ください) :

Relationship to the insured (被保険者との関係) :

(The insured, Representative of the insured's heirs, Person in parental authority, Legal representative)

(被保険者本人、相続人代表者、親権者、法定代理人)

Signature (サイン)

(※パスポートと同一のサインをご記載ください)

Proof of Signature: In Japan there is no system proving signer's signature by notary public.

Therefore the authorizer's passport copy is attached to this authorization in order to prove above signature is genuine.

! すべての欄をご記入ください。

同意書

Details of the insurance loss (保険事故の概要 ※英語でご記載ください) : **sickness/injury**

Name of the injured / the deceased (当事者 ※ローマ字でご記載ください) : **Hoken Kampo**

Date of the incident (事故日 または入院日 ※西暦でご記載ください) : **2022.4.1～2022.4.10**

Place of the incident or medical facility

(事故場所 または入院医療機関 ※英語でご記載ください) : **Yubin hospital**

上記保険事故に関する事故事実、症状および治療歴について、個人情報の保護に関する法令等と共に理解し、上記当事者の加入している保険契約を扱う㈱かんぽ生命保険、または同社より委託された確認会社が、治療先および関係機関に於いて、保険査定上必要な事実確認および資料（警察記録、検視官記録および医療記録を含む）の請求取付けを行うことを承諾いたします。また、請求に際し、本書が代用請求文書となることを承諾いたします。なお、本書のコピーにても有効であることを認めます。

※ 加入している保険契約とは、㈱かんぽ生命保険の保険契約および同社が独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構から委託を受けて管理している保険契約のことです。

《本同意書の記載に際してご確認いただきたい事項》

㈱かんぽ生命保険は、本同意書を保険査定上必要な事実確認の目的にのみ利用し、外国（米国、中国またはタイ）を含む委託先の確認会社に提供し、当該確認会社がお客さまの渡航先における治療先または関係機関へ提供します。委託先となる確認会社は本同意書をご提出いただいた後に選定するため特定できておりませんが、米国、中国およびタイに関する個人情報の保護に関する制度等については、個人情報保護委員会のウェブサイトをご確認ください。

(<https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/kaiseihogohou/>)

【英訳文】(ENGLISH TRANSLATION)

LETTER of ADVICE and AUTHORIZATION

To whom it may concern,

I hereby authorize the JAPAN POST INSURANCE Co., Ltd. dealing with the insurance contract of above person concerned, or the insurance claims investigating company being authorized by above company, in accordance with laws and regulations relating to personal information protection, to carry out necessary investigations on above insurance loss to clarify the fact, symptom and medical consultation at hospitals and other parties involved, and to obtain any and all necessary materials (including police records, coroner's reports, all medical records and relevant documents possessed by medical facilities and any other records in relation with above insurance loss). This consent also reflects an application to release all relevant information. A photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

*The insured's insurance contract means the insurance contract of JAPAN POST INSURANCE Co., Ltd., and the insurance contract of which JAPAN POST INSURANCE Co., Ltd. received commission from Organization for Postal Savings, Postal Life Insurance and Post Office Network and conducts management.

Date: 2022 4. 11

The insured (被保険者 ※ローマ字でご記載ください) : **Hoken Kampo**

The authorizer (同意者 ※ローマ字でご記載ください) : **Hoken Kampo**

Address (住所 ※英語でご記載ください) : **O-O, Kasumigaseki, Chiyoda-ku, Tokyo Japan**

Relationship to the insured (被保険者との関係) : **my self**

(The insured, Representative of the insured's heirs, Person in parental authority, Legal representative)
(被保険者本人、相続人代表者、親権者、法定代理人)

Signature (サイン) **Hoken Kampo**

(※パスポートと同一のサインをご記載ください)

Proof of Signature: In Japan there is no system proving signer's signature by notary public.

Therefore the authorizer's passport copy is attached to this authorization in order to prove above signature is genuine.

独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中
株式会社かんぽ生命保険 御中

この書類は受傷時の詳細な状況がわかる
受傷者、保険金受取人または請求者が
ご記入ください。

事故報告書

下記のとおり事故状況を報告します。

受傷者氏名								
事故発生日時	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時	分頃
事故発生場所								

受傷時の状況（事故発生状況）について以下1～5をご記入ください。

1. 何をしているときにどのように受傷しましたか。																																												
<p><input type="checkbox"/>転倒</p> <p><input type="checkbox"/>転落（例：階段から落ちた等、高所からの転落）</p> <p><input type="checkbox"/>自動車・バイク運転中の交通事故</p> <p><input type="checkbox"/>自動車・バイク運転中以外の交通事故（例：同乗中・自転車乗車中・歩行中等の交通事故）</p> <p><input type="checkbox"/>スポーツ中の事故</p> <p><input type="checkbox"/>食物を詰まらせたことによる窒息 ⇒ 事故状況の詳細に加えて以下もご記入ください。</p> <table border="1"> <tr> <td>詰まらせた食物</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>食事の補助</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>注意すれば一人で可能</td> <td><input type="checkbox"/>常に介護者が必要</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>普段の食事内容</td> <td><input type="checkbox"/>普通食</td> <td><input type="checkbox"/>きざみ食</td> <td><input type="checkbox"/>流動食</td> <td><input type="checkbox"/>その他（ ）</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>過去同様のことはありましたか</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>一度あった</td> <td><input type="checkbox"/>複数回あった</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/>その他の事故</p> <p>▶ 「転倒」以外にチェックした場合は、事故状況の詳細をご記入ください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>									詰まらせた食物									食事の補助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 注意すれば一人で可能	<input type="checkbox"/> 常に介護者が必要						普段の食事内容	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> 流動食	<input type="checkbox"/> その他（ ）					過去同様のことはありましたか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一度あった	<input type="checkbox"/> 複数回あった					
詰まらせた食物																																												
食事の補助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 注意すれば一人で可能	<input type="checkbox"/> 常に介護者が必要																																									
普段の食事内容	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> 流動食	<input type="checkbox"/> その他（ ）																																								
過去同様のことはありましたか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一度あった	<input type="checkbox"/> 複数回あった																																									
2. 事故により受傷した部位をご記入ください。																																												
<table border="1"> <tr> <td colspan="9"></td> </tr> </table>																																												
3. 飲酒していた場合、飲酒の程度をご記入ください。																																												
<table border="1"> <tr> <td>酔いの状態</td> <td><input type="checkbox"/>ほろ酔い</td> <td><input type="checkbox"/>千鳥足</td> <td><input type="checkbox"/>一人で歩けない</td> <td><input type="checkbox"/>寝ていた</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>種類・量</td> <td colspan="3"></td> <td>飲酒時間</td> <td colspan="2">時頃から</td> <td colspan="2">時頃まで</td> </tr> </table>									酔いの状態	<input type="checkbox"/> ほろ酔い	<input type="checkbox"/> 千鳥足	<input type="checkbox"/> 一人で歩けない	<input type="checkbox"/> 寝ていた					種類・量				飲酒時間	時頃から		時頃まで																			
酔いの状態	<input type="checkbox"/> ほろ酔い	<input type="checkbox"/> 千鳥足	<input type="checkbox"/> 一人で歩けない	<input type="checkbox"/> 寝ていた																																								
種類・量				飲酒時間	時頃から		時頃まで																																					
4. 自動車・バイク運転中の交通事故の場合、事故を起こした自動車・バイクの免許を持っていましたか。																																												
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/>持っていた</td> <td colspan="8"><input type="checkbox"/>持っていなかった（免停中・失効中を含む）</td> </tr> </table>									<input type="checkbox"/> 持っていた	<input type="checkbox"/> 持っていなかった（免停中・失効中を含む）																																		
<input type="checkbox"/> 持っていた	<input type="checkbox"/> 持っていなかった（免停中・失効中を含む）																																											
5. 交通事故の場合、警察への届出の有無をご記入ください。																																												
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/>あり ⇒ () 警察署</td> <td colspan="8"><input type="checkbox"/>なし</td> </tr> </table>									<input type="checkbox"/> あり ⇒ () 警察署	<input type="checkbox"/> なし																																		
<input type="checkbox"/> あり ⇒ () 警察署	<input type="checkbox"/> なし																																											

上記記載事項は、事実に相違ありません。
万一事実と異なる場合には、請求した保険金を返還します。
また、かんぽ生命において支払可否の判断ができない場合には、
「交通事故証明書」（自動車安全運転センター発行）の提出含め、
事実関係を確認することについて了承します。

(202410・JH)

記入日： 令和 年 月 日

請求人（受取人）：

法定代理人
①親権者：
②後見人：

! すべての欄をご記入ください。

独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中
株式会社かんぽ生命保険 御中

この書類は受傷時の詳細な状況がわかる
受傷者、保険金受取人または請求者が
ご記入ください。

事故報告書

下記のとおり事故状況を報告します。

受傷者氏名	保険〇
事故発生日時	令和5年9月20日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 8時15分頃
事故発生場所	県道〇号線××町付近 (〇〇県△△市××町)

受傷時の状況（事故発生状況）について以下1～5をご記入ください。

1. 何をしているときにどのように受傷しましたか。

- 転倒
 転落（例：階段から落ちた等、高所からの転落）
 自動車・バイク運転中の交通事故
 自動車・バイク運転中以外の交通事故（例：同乗中・自転車乗車中・歩行中等の交通事故）
 スポーツ中の事故
 食物を詰まらせたことによる窒息 ⇒ 事故状況の詳細に加えて以下もご記入ください。

詰まらせた食物			
食事の補助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 注意すれば一人で可能	<input type="checkbox"/> 常に介護者が必要
普段の食事内容	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他（ ）
過去同様のことありましたか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一度あった	<input type="checkbox"/> 複数回あった

- その他の事故

→ 「転倒」以外にチェックした場合は、事故状況の詳細をご記入ください。

職場に車で向かう途中、見通しのよい直線道路で、突然

目の前に猪が飛び出してきたため、ハンドル操作を誤り

民家のブロック塀に衝突し、足を挟まれて骨折した。

2. 事故により受傷した部位をご記入ください。

右太もも

3. 飲酒していた場合、飲酒の程度をご記入ください。

酔いの状態	<input type="checkbox"/> ほろ酔い	<input type="checkbox"/> 千鳥足	<input type="checkbox"/> 一人で歩けない	<input type="checkbox"/> 寝ていた
種類・量			飲酒時間	時頃から 時頃まで

4. 自動車・バイク運転中の交通事故の場合、事故を起こした自動車・バイクの免許を持っていましたか。

<input checked="" type="checkbox"/> 持っていた	<input type="checkbox"/> 持っていなかった（免停中・失効中を含む）
---	---

5. 交通事故の場合、警察への届出の有無をご記入ください。

<input checked="" type="checkbox"/> あり ⇒ () 警察署	<input type="checkbox"/> なし
--	-----------------------------

上記記載事項は、事実に相違ありません。

万一事実と異なる場合には、請求した保険金を返還します。

また、かんぽ生命において支払可否の判断ができない場合には、
「交通事故証明書」（自動車安全運転センター発行）の提出含め、
事実関係を確認することについて了承します。

(202410・JH)

記入日： 令和5年9月30日

請求人（受取人）： 保険〇

親権者（または後見人）全員の合意の上、代表者
として同意します。

法定代理人

①親権者：

②後見人：

裏面あり

死亡証明書

1 氏名	カルテ番号()		<input type="checkbox"/> 男性	生年	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正
			<input type="checkbox"/> 女性	月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
2 住 所					
3 死亡したとき	<input type="checkbox"/> 午前 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午後 時 分				
4 死亡したところおよびその種別	死亡したところの種別	<input type="checkbox"/> 1 病院 <input type="checkbox"/> 2 診療所 <input type="checkbox"/> 3 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 4 助産所 <input type="checkbox"/> 5 老人ホーム <input type="checkbox"/> 6 自宅 <input type="checkbox"/> 7 その他			
	死亡したところ				
	種別1～5の施設の名称				
5 死亡の原因	(ア) 直接死因			発病（発症）または受傷から死亡までの期間 ※年、月、日等の単位でご記入ください。 ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位でご記入ください。	
	(イ) (ア)の原因				
	(ウ) (イ)の原因				
	(エ) (ウ)の原因				
	II 直接には死因に関係ないが、I欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名				
	解剖	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 無	主要所見		
6 死因の種類	<input type="checkbox"/> 1 病死および自然死 外因死 不慮の外因死 <input type="checkbox"/> 2 交通事故 <input type="checkbox"/> 3 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 4 溺水 <input type="checkbox"/> 5 煙、火災および火炎による傷害 <input type="checkbox"/> 6 空息 <input type="checkbox"/> 7 中毒 <input type="checkbox"/> 8 その他 その他および不詳の外因死 (<input type="checkbox"/> 9 自殺 <input type="checkbox"/> 10 他殺 <input type="checkbox"/> 11 その他および不詳の外因) <input type="checkbox"/> 12 不詳の死				
7 外因死の追加事項	傷害が発生したとき			<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 1 従業中 <input type="checkbox"/> 2 従業中でないとき
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午後	時 分	<input type="checkbox"/> 3 不明	
	傷害が発生したところの種別	<input type="checkbox"/> 1 住居 <input type="checkbox"/> 2 工場および建築現場 <input type="checkbox"/> 3 道路 <input type="checkbox"/> 4 その他 []			
	傷害が発生したところ	<input type="checkbox"/> 都	<input type="checkbox"/> 道	<input type="checkbox"/> 市	<input type="checkbox"/> 区
	<input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 県	<input type="checkbox"/> 郡	<input type="checkbox"/> 町村	
手段および状況					
8 その他特に付言すべき事項	死後検査 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> M R I <input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 無				
9 死亡診断(死体検案)年月日	年 月 日				

(お願い)
2 1

訂正・追記・削除された場合は、裏面の医師氏名欄に押印する印章と同一の印章による訂正印の押印を必ずお願いします。

本証明書の記入後、「死亡証明書」のみを専用の封筒に入れて、ご遺族にお渡しください。

(お願い)
2 1
本証明書の記入後、「死亡証明書」のみを専用の封筒に入れて、ご遺族にお渡しください。
下部医師氏名欄に押印する印と同一の印を必ずお願いします。

10 傷病名 (確定診断された場合は確定診断後の傷病名)		傷病発生年月日(症状出現日または異常指摘日等)																																																																																																																																																																													
傷病が複数ある場合は、傷病ごとに番号を付け、どの傷病に対する入院・手術をご記入ください。		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 症状出現 <input type="checkbox"/> 異常指摘																																																																																																																																																																												
ア死亡に関する入院等の治療を行った傷病名		入院等の治療を始めた日																																																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 上記が外因による場合はチェックし、その原因をイ欄にご記入ください。		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線治療																																																																																																																																																																												
傷病が複数ある場合は、上記傷病の番号を付けてご記入ください。		傷病発生年月日(症状出現日または異常指摘日等)																																																																																																																																																																													
イ アの原因		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 症状出現 <input type="checkbox"/> 異常指摘																																																																																																																																																																												
		<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 事故発生																																																																																																																																																																												
11 前医紹介医		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	医療機関名																																																																																																																																																																												
12 診療期間		初診 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 終診																																																																																																																																																																												
13 入院期間		<table border="1"> <tr> <td>第1回入院</td> <td>上記傷病の番号 <input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和 <input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日 ~ <input type="checkbox"/>昭和 <input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和 <input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日</td> <td><input type="checkbox"/>現在入院中 <input type="checkbox"/>退院(下記もご記入ください。)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>日帰り入院の場合 入院基本料(DPC・短手3等)の算定 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td><input type="checkbox"/>治療退院 <input type="checkbox"/>通院・療養とも不要 <input type="checkbox"/>要通院</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>要療養 <input type="checkbox"/>転入院・転科入院 <input type="checkbox"/>死亡退院</td> </tr> <tr> <td>第2回入院</td> <td>上記傷病の番号 <input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和 <input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日 ~ <input type="checkbox"/>昭和 <input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和 <input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日</td> <td><input type="checkbox"/>現在入院中 <input type="checkbox"/>退院(下記もご記入ください。)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>日帰り入院の場合 入院基本料(DPC・短手3等)の算定 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td><input type="checkbox"/>治療退院 <input type="checkbox"/>通院・療養とも不要 <input type="checkbox"/>要通院</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>要療養 <input type="checkbox"/>転入院・転科入院 <input type="checkbox"/>死亡退院</td> </tr> <tr> <td>第3回以降</td> <td colspan="3">3回目以降の入院があれば、[上記傷病の番号]、[入院期間]、[日帰り入院の場合は入院基本料の算定有無]、[現在入院中・退院時の状況]をご記入ください。</td> </tr> </table>	第1回入院	上記傷病の番号 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 退院(下記もご記入ください。)		日帰り入院の場合 入院基本料(DPC・短手3等)の算定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 治療退院 <input type="checkbox"/> 通院・療養とも不要 <input type="checkbox"/> 要通院			<input type="checkbox"/> 要療養 <input type="checkbox"/> 転入院・転科入院 <input type="checkbox"/> 死亡退院	第2回入院	上記傷病の番号 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 退院(下記もご記入ください。)		日帰り入院の場合 入院基本料(DPC・短手3等)の算定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 治療退院 <input type="checkbox"/> 通院・療養とも不要 <input type="checkbox"/> 要通院			<input type="checkbox"/> 要療養 <input type="checkbox"/> 転入院・転科入院 <input type="checkbox"/> 死亡退院	第3回以降	3回目以降の入院があれば、[上記傷病の番号]、[入院期間]、[日帰り入院の場合は入院基本料の算定有無]、[現在入院中・退院時の状況]をご記入ください。																																																																																																																																																									
第1回入院	上記傷病の番号 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 退院(下記もご記入ください。)																																																																																																																																																																													
	日帰り入院の場合 入院基本料(DPC・短手3等)の算定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 治療退院 <input type="checkbox"/> 通院・療養とも不要 <input type="checkbox"/> 要通院																																																																																																																																																																													
		<input type="checkbox"/> 要療養 <input type="checkbox"/> 転入院・転科入院 <input type="checkbox"/> 死亡退院																																																																																																																																																																													
第2回入院	上記傷病の番号 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 退院(下記もご記入ください。)																																																																																																																																																																													
	日帰り入院の場合 入院基本料(DPC・短手3等)の算定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 治療退院 <input type="checkbox"/> 通院・療養とも不要 <input type="checkbox"/> 要通院																																																																																																																																																																													
		<input type="checkbox"/> 要療養 <input type="checkbox"/> 転入院・転科入院 <input type="checkbox"/> 死亡退院																																																																																																																																																																													
第3回以降	3回目以降の入院があれば、[上記傷病の番号]、[入院期間]、[日帰り入院の場合は入院基本料の算定有無]、[現在入院中・退院時の状況]をご記入ください。																																																																																																																																																																														
14 今回の傷病に関する実施した手術等		<table border="1"> <tr> <td>上記期間中に健保険が適用されない期間</td> <td><input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和 <input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日 ~ <input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和 <input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日</td> <td><input type="checkbox"/>分娩日 <input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和 <input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日</td> </tr> <tr> <td>上記傷病の番号</td> <td>手術名</td> <td>手術部位</td> <td>診療報酬点数区分</td> <td><input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>両</td> <td><input type="checkbox"/>医科 <input type="checkbox"/>歯科 <input type="checkbox"/>K <input type="checkbox"/>J <input type="checkbox"/>D</td> <td><input type="checkbox"/>手術日</td> <td><input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日</td> </tr> <tr> <td>手術種類</td> <td>分娩による手術の場合 <input type="checkbox"/>健康保険非適用</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>①開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/>②開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/>③開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/>④経尿道的 <input type="checkbox"/>⑤経膣的 <input type="checkbox"/>⑥内視鏡(喉頭鏡を含む)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>⑦カテーテル(血管カテーテルを含む) <input type="checkbox"/>⑧前記以外(<input type="checkbox"/>ア穿頭術 <input type="checkbox"/>イ経皮的 <input type="checkbox"/>ウその他())</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>手術内容</td> <td>手術目的 <input type="checkbox"/>治療 <input type="checkbox"/>針生検 <input type="checkbox"/>その他生検 <input type="checkbox"/>化学療法</td> <td><input type="checkbox"/>手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>筋骨(骨・関節・筋・腱・韌帶)手術の場合 <input type="checkbox"/>観血 <input type="checkbox"/>非観血</td> <td>自家骨移植術の場合(採骨部位)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>悪性組織を <input type="checkbox"/>摘出した <input type="checkbox"/>摘出しない</td> <td><input type="checkbox"/>植皮(皮弁)術の場合 2.5cm以上におよぶ手術</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>第1回手術</td> <td colspan="3">3回目以降の手術があれば、[上記傷病の番号]、[手術名]、[手術部位]、[診療報酬点数区分]、[手術日]、[手術種類]、[手術内容]をご記入ください。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>上記傷病の番号</td> <td>手術名</td> <td>手術部位</td> <td>診療報酬点数区分</td> <td><input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>両</td> <td><input type="checkbox"/>医科 <input type="checkbox"/>歯科 <input type="checkbox"/>K <input type="checkbox"/>J <input type="checkbox"/>D</td> <td><input type="checkbox"/>手術日</td> <td><input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日</td> </tr> <tr> <td>手術種類</td> <td>分娩による手術の場合 <input type="checkbox"/>健康保険非適用</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>①開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/>②開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/>③開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/>④経尿道的 <input type="checkbox"/>⑤経膣的 <input type="checkbox"/>⑥内視鏡(喉頭鏡を含む)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>⑦カテーテル(血管カテーテルを含む) <input type="checkbox"/>⑧前記以外(<input type="checkbox"/>ア穿頭術 <input type="checkbox"/>イ経皮的 <input type="checkbox"/>ウその他())</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>手術内容</td> <td>手術目的 <input type="checkbox"/>治療 <input type="checkbox"/>針生検 <input type="checkbox"/>その他生検 <input type="checkbox"/>化学療法</td> <td><input type="checkbox"/>手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>筋骨(骨・関節・筋・腱・韌帶)手術の場合 <input type="checkbox"/>観血 <input type="checkbox"/>非観血</td> <td>自家骨移植術の場合(採骨部位)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>悪性組織を <input type="checkbox"/>摘出した <input type="checkbox"/>摘出しない</td> <td><input type="checkbox"/>植皮(皮弁)術の場合 2.5cm以上におよぶ手術</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>第2回手術</td> <td colspan="3">3回目以降の手術があれば、[上記傷病の番号]、[手術名]、[手術部位]、[診療報酬点数区分]、[手術日]、[手術種類]、[手術内容]をご記入ください。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>上記傷病の番号</td> <td>手術名</td> <td>手術部位</td> <td>診療報酬点数区分</td> <td><input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>両</td> <td><input type="checkbox"/>医科 <input type="checkbox"/>歯科 <input type="checkbox"/>K <input type="checkbox"/>J <input type="checkbox"/>D</td> <td><input type="checkbox"/>手術日</td> <td><input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日</td> </tr> <tr> <td>手術種類</td> <td>分娩による手術の場合 <input type="checkbox"/>健康保険非適用</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>①開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/>②開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/>③開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/>④経尿道的 <input type="checkbox"/>⑤経膣的 <input type="checkbox"/>⑥内視鏡(喉頭鏡を含む)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>⑦カテーテル(血管カテーテルを含む) <input type="checkbox"/>⑧前記以外(<input type="checkbox"/>ア穿頭術 <input type="checkbox"/>イ経皮的 <input type="checkbox"/>ウその他())</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>手術内容</td> <td>手術目的 <input type="checkbox"/>治療 <input type="checkbox"/>針生検 <input type="checkbox"/>その他生検 <input type="checkbox"/>化学療法</td> <td><input type="checkbox"/>手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>筋骨(骨・関節・筋・腱・韌帶)手術の場合 <input type="checkbox"/>観血 <input type="checkbox"/>非観血</td> <td>自家骨移植術の場合(採骨部位)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>悪性組織を <input type="checkbox"/>摘出した <input type="checkbox"/>摘出しない</td> <td><input type="checkbox"/>植皮(皮弁)術の場合 2.5cm以上におよぶ手術</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>第3回以降</td> <td colspan="3">3回目以降の手術があれば、[上記傷病の番号]、[手術名]、[手術部位]、[診療報酬点数区分]、[手術日]、[手術種類]、[手術内容]をご記入ください。</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">15 放射線治療</td> <td colspan="2">放射線名称 <input type="checkbox"/>電磁波温熱療法 <input type="checkbox"/>定位照射 <input type="checkbox"/>IMRT <input type="checkbox"/>体外照射 <input type="checkbox"/>粒子線治療(<input type="checkbox"/>重粒子線 <input type="checkbox"/>陽子線) <input type="checkbox"/>密封小線源治療 内用療法(<input type="checkbox"/>甲状腺癌・131I <input type="checkbox"/>骨転移・89Sr <input type="checkbox"/>リンパ腫・90Y <input type="checkbox"/>前立腺癌・223Ra) <input type="checkbox"/>その他()</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">※温熱療法を含み、血液照射を含みません。</td> <td><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>L</td> <td><input type="checkbox"/>部 <input type="checkbox"/>期間 <input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日 ~ <input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日</td> <td><input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和 <input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">16 先進医療</td> <td colspan="2">厚生労働大臣が定める「先進医療」の技術名</td> <td><input type="checkbox"/>Gy</td> </tr> <tr> <td colspan="2">実施日(期間)</td> <td><input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和 <input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日 ~ <input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日</td> <td><input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和 <input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日</td> <td><input type="checkbox"/>当該先進医療の届出受理年月日 <input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和 <input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">17 悪性新生物の場合</td> <td colspan="2">病理組織診断名</td> <td><input type="checkbox"/>実施回数 <input type="checkbox"/>回 <input type="checkbox"/>先進医療技術料 <input type="checkbox"/>円 ※健保・助成金額を含みます。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">18 告知病名</td> <td colspan="2">本人に病名を(<input type="checkbox"/>上欄「10 傷病名」と同じ <input type="checkbox"/>病名()</td> <td><input type="checkbox"/>印</td> </tr> <tr> <td colspan="2">上記のとおり証明する。</td> <td colspan="2">郵便番号 所在地 名 称 病院または診療所名 科 名 医師氏名 電話番号</td> <td>令和 <input type="checkbox"/>年 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>日</td> </tr> </table>	上記期間中に健保険が適用されない期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 分娩日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	上記傷病の番号	手術名	手術部位	診療報酬点数区分	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 手術日	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	手術種類	分娩による手術の場合 <input type="checkbox"/> 健康保険非適用					<input type="checkbox"/> ①開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/> ②開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/> ③開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/> ④経尿道的 <input type="checkbox"/> ⑤経膣的 <input type="checkbox"/> ⑥内視鏡(喉頭鏡を含む)					<input type="checkbox"/> ⑦カテーテル(血管カテーテルを含む) <input type="checkbox"/> ⑧前記以外(<input type="checkbox"/> ア穿頭術 <input type="checkbox"/> イ経皮的 <input type="checkbox"/> ウその他())				手術内容	手術目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術				筋骨(骨・関節・筋・腱・韌帶)手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血	自家骨移植術の場合(採骨部位)				悪性組織を <input type="checkbox"/> 摘出した <input type="checkbox"/> 摘出しない	<input type="checkbox"/> 植皮(皮弁)術の場合 2.5cm以上におよぶ手術			第1回手術	3回目以降の手術があれば、[上記傷病の番号]、[手術名]、[手術部位]、[診療報酬点数区分]、[手術日]、[手術種類]、[手術内容]をご記入ください。				上記傷病の番号	手術名	手術部位	診療報酬点数区分	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 手術日	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	手術種類	分娩による手術の場合 <input type="checkbox"/> 健康保険非適用					<input type="checkbox"/> ①開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/> ②開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/> ③開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/> ④経尿道的 <input type="checkbox"/> ⑤経膣的 <input type="checkbox"/> ⑥内視鏡(喉頭鏡を含む)					<input type="checkbox"/> ⑦カテーテル(血管カテーテルを含む) <input type="checkbox"/> ⑧前記以外(<input type="checkbox"/> ア穿頭術 <input type="checkbox"/> イ経皮的 <input type="checkbox"/> ウその他())				手術内容	手術目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術				筋骨(骨・関節・筋・腱・韌帶)手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血	自家骨移植術の場合(採骨部位)				悪性組織を <input type="checkbox"/> 摘出した <input type="checkbox"/> 摘出しない	<input type="checkbox"/> 植皮(皮弁)術の場合 2.5cm以上におよぶ手術			第2回手術	3回目以降の手術があれば、[上記傷病の番号]、[手術名]、[手術部位]、[診療報酬点数区分]、[手術日]、[手術種類]、[手術内容]をご記入ください。				上記傷病の番号	手術名	手術部位	診療報酬点数区分	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 手術日	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	手術種類	分娩による手術の場合 <input type="checkbox"/> 健康保険非適用					<input type="checkbox"/> ①開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/> ②開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/> ③開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/> ④経尿道的 <input type="checkbox"/> ⑤経膣的 <input type="checkbox"/> ⑥内視鏡(喉頭鏡を含む)					<input type="checkbox"/> ⑦カテーテル(血管カテーテルを含む) <input type="checkbox"/> ⑧前記以外(<input type="checkbox"/> ア穿頭術 <input type="checkbox"/> イ経皮的 <input type="checkbox"/> ウその他())				手術内容	手術目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術				筋骨(骨・関節・筋・腱・韌帶)手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血	自家骨移植術の場合(採骨部位)				悪性組織を <input type="checkbox"/> 摘出した <input type="checkbox"/> 摘出しない	<input type="checkbox"/> 植皮(皮弁)術の場合 2.5cm以上におよぶ手術			第3回以降	3回目以降の手術があれば、[上記傷病の番号]、[手術名]、[手術部位]、[診療報酬点数区分]、[手術日]、[手術種類]、[手術内容]をご記入ください。				15 放射線治療		放射線名称 <input type="checkbox"/> 電磁波温熱療法 <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> IMRT <input type="checkbox"/> 体外照射 <input type="checkbox"/> 粒子線治療(<input type="checkbox"/> 重粒子線 <input type="checkbox"/> 陽子線) <input type="checkbox"/> 密封小線源治療 内用療法(<input type="checkbox"/> 甲状腺癌・131I <input type="checkbox"/> 骨転移・89Sr <input type="checkbox"/> リンパ腫・90Y <input type="checkbox"/> 前立腺癌・223Ra) <input type="checkbox"/> その他()			※温熱療法を含み、血液照射を含みません。		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 部 <input type="checkbox"/> 期間 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	16 先進医療		厚生労働大臣が定める「先進医療」の技術名		<input type="checkbox"/> Gy	実施日(期間)		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 当該先進医療の届出受理年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	17 悪性新生物の場合		病理組織診断名		<input type="checkbox"/> 実施回数 <input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 先進医療技術料 <input type="checkbox"/> 円 ※健保・助成金額を含みます。	18 告知病名		本人に病名を(<input type="checkbox"/> 上欄「10 傷病名」と同じ <input type="checkbox"/> 病名()		<input type="checkbox"/> 印	上記のとおり証明する。		郵便番号 所在地 名 称 病院または診療所名 科 名 医師氏名 電話番号		令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
上記期間中に健保険が適用されない期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 分娩日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日																																																																																																																																																																													
上記傷病の番号	手術名	手術部位	診療報酬点数区分	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和																																																																																																																																																																											
	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 手術日	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日																																																																																																																																																																											
手術種類	分娩による手術の場合 <input type="checkbox"/> 健康保険非適用																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> ①開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/> ②開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/> ③開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/> ④経尿道的 <input type="checkbox"/> ⑤経膣的 <input type="checkbox"/> ⑥内視鏡(喉頭鏡を含む)																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> ⑦カテーテル(血管カテーテルを含む) <input type="checkbox"/> ⑧前記以外(<input type="checkbox"/> ア穿頭術 <input type="checkbox"/> イ経皮的 <input type="checkbox"/> ウその他())																																																																																																																																																																														
手術内容	手術目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術																																																																																																																																																																													
	筋骨(骨・関節・筋・腱・韌帶)手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血	自家骨移植術の場合(採骨部位)																																																																																																																																																																													
	悪性組織を <input type="checkbox"/> 摘出した <input type="checkbox"/> 摘出しない	<input type="checkbox"/> 植皮(皮弁)術の場合 2.5cm以上におよぶ手術																																																																																																																																																																													
第1回手術	3回目以降の手術があれば、[上記傷病の番号]、[手術名]、[手術部位]、[診療報酬点数区分]、[手術日]、[手術種類]、[手術内容]をご記入ください。																																																																																																																																																																														
上記傷病の番号	手術名	手術部位	診療報酬点数区分	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和																																																																																																																																																																											
	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 手術日	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日																																																																																																																																																																											
手術種類	分娩による手術の場合 <input type="checkbox"/> 健康保険非適用																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> ①開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/> ②開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/> ③開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/> ④経尿道的 <input type="checkbox"/> ⑤経膣的 <input type="checkbox"/> ⑥内視鏡(喉頭鏡を含む)																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> ⑦カテーテル(血管カテーテルを含む) <input type="checkbox"/> ⑧前記以外(<input type="checkbox"/> ア穿頭術 <input type="checkbox"/> イ経皮的 <input type="checkbox"/> ウその他())																																																																																																																																																																														
手術内容	手術目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術																																																																																																																																																																													
	筋骨(骨・関節・筋・腱・韌帶)手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血	自家骨移植術の場合(採骨部位)																																																																																																																																																																													
	悪性組織を <input type="checkbox"/> 摘出した <input type="checkbox"/> 摘出しない	<input type="checkbox"/> 植皮(皮弁)術の場合 2.5cm以上におよぶ手術																																																																																																																																																																													
第2回手術	3回目以降の手術があれば、[上記傷病の番号]、[手術名]、[手術部位]、[診療報酬点数区分]、[手術日]、[手術種類]、[手術内容]をご記入ください。																																																																																																																																																																														
上記傷病の番号	手術名	手術部位	診療報酬点数区分	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和																																																																																																																																																																											
	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 手術日	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日																																																																																																																																																																											
手術種類	分娩による手術の場合 <input type="checkbox"/> 健康保険非適用																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> ①開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/> ②開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/> ③開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/> ④経尿道的 <input type="checkbox"/> ⑤経膣的 <input type="checkbox"/> ⑥内視鏡(喉頭鏡を含む)																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> ⑦カテーテル(血管カテーテルを含む) <input type="checkbox"/> ⑧前記以外(<input type="checkbox"/> ア穿頭術 <input type="checkbox"/> イ経皮的 <input type="checkbox"/> ウその他())																																																																																																																																																																														
手術内容	手術目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術																																																																																																																																																																													
	筋骨(骨・関節・筋・腱・韌帶)手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血	自家骨移植術の場合(採骨部位)																																																																																																																																																																													
	悪性組織を <input type="checkbox"/> 摘出した <input type="checkbox"/> 摘出しない	<input type="checkbox"/> 植皮(皮弁)術の場合 2.5cm以上におよぶ手術																																																																																																																																																																													
第3回以降	3回目以降の手術があれば、[上記傷病の番号]、[手術名]、[手術部位]、[診療報酬点数区分]、[手術日]、[手術種類]、[手術内容]をご記入ください。																																																																																																																																																																														
15 放射線治療		放射線名称 <input type="checkbox"/> 電磁波温熱療法 <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> IMRT <input type="checkbox"/> 体外照射 <input type="checkbox"/> 粒子線治療(<input type="checkbox"/> 重粒子線 <input type="checkbox"/> 陽子線) <input type="checkbox"/> 密封小線源治療 内用療法(<input type="checkbox"/> 甲状腺癌・131I <input type="checkbox"/> 骨転移・89Sr <input type="checkbox"/> リンパ腫・90Y <input type="checkbox"/> 前立腺癌・223Ra) <input type="checkbox"/> その他()																																																																																																																																																																													
※温熱療法を含み、血液照射を含みません。		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 部 <input type="checkbox"/> 期間 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日																																																																																																																																																																											
16 先進医療		厚生労働大臣が定める「先進医療」の技術名		<input type="checkbox"/> Gy																																																																																																																																																																											
実施日(期間)		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 当該先進医療の届出受理年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日																																																																																																																																																																											
17 悪性新生物の場合		病理組織診断名		<input type="checkbox"/> 実施回数 <input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 先進医療技術料 <input type="checkbox"/> 円 ※健保・助成金額を含みます。																																																																																																																																																																											
18 告知病名		本人に病名を(<input type="checkbox"/> 上欄「10 傷病名」と同じ <input type="checkbox"/> 病名()		<input type="checkbox"/> 印																																																																																																																																																																											
上記のとおり証明する。		郵便番号 所在地 名 称 病院または診療所名 科 名 医師氏名 電話番号		令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日																																																																																																																																																																											

この証明書は、株式会社生命保険の保険契約用および同社が独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構から委託を受けて管理している保険契約用です。ご説明いただいた事項につきまして、後日、当社から、照会させていただくことがあります。

年 月 日

- 株式会社かんぽ生命保険 御中
 独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中

国外への渡航経緯および死亡理由書

請求人
住所

氏名

電話番号 ー ー

被保険者からみた続柄

下記 1 の死亡保険金請求に係る被保険者が渡航していた経緯、同人が死亡に至った事情等の事実および経緯については、下記 2 のとおりです。

記

1 請求内容

保険証券（書）記号番号

ー ー

滞在国

滞在期間
(日本出国日)

年 月 日 から

(日本帰国日または死亡日)

年 月 日 まで

2 被保険者が渡航していた経緯、同人が死亡に至った事情等の事実および経緯
(死亡時の状況等が記載されている証明書類を提出できない場合は、その理由も記載。)

① すべての欄をご記入ください。

- 株式会社かんぽ生命保険 御中
 独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中

国外への渡航経緯および死亡理由書

請求人

住所

東京都品川区北品川 5-6-1

氏名 保険 花子

電話番号 000 - 0000 - 0000

被保険者からみた続柄 母

下記 1 の死亡保険金請求に係る被保険者が渡航していた経緯、同人が死亡に至った事情等の事実および経緯については、下記 2 のとおりです。

記

1 請求内容

保険証券（書）記号番号 00 - 00 - 0000000

滞在国 イタリア

滞在期間
(日本出国日) 2021 年 4 月 1 日 から

(日本帰国日または死亡日) 2021 年 9 月 30 日 まで

2 被保険者が渡航していた経緯、同人が死亡に至った事情等の事実および経緯
(死亡時の状況等が記載されている証明書類を提出できない場合は、その理由も記載。)

仕事で 2021 年 4 月 1 日に日本を出国しイタリアに滞在していた。
2022 年 3 月に帰国予定であったが、2021 年 9 月 30 日に○○（病名）
により○○病院にて死亡した。