

入院・手術事情書

入院中に手術を受けている方が、**入院保険金および手術保険金**をご請求いただく際にご利用できます。
記入にあたっては、別添の記入例をご参考にしてください。

1 ご利用要件の確認

次の要件をすべて満たしていますか。□欄をチェックしてご確認ください。

- 次のいずれかの特約が付加されている契約の請求である
 ・無配当総合医療特約 ・無配当傷害医療特約 ・引受基準緩和型無配当総合医療特約
 ※特約名に「R04」と記載されている特約を含みます。
- 医療機関発行の領収書（入院期間の記載があるもの）のコピーが提出できる
- 診療明細書（手術名の記載があるもの）のコピーが提出できる
- 入院中に手術を受けている
- 放射線治療を受けていない
- 次のいずれかの入院である
 ① 病気による入院、かつ入院開始日が特約の責任開始日（復活している特約は復活日）から2年経過している
 ② ケガによる入院である
- 整骨院・接骨院への入院ではない

すべての□欄にチェックできた場合、「2 入院・手術内容記入欄」にご記入ください。

2 入院・手術内容記入欄

※複数の医療機関や同一医療機関で複数の診療科にご入院等された場合は、それぞれの入院・手術について、入院・手術事情書を作成してください。

| | | | |
|--|--|---|---|
| 被保険者 (治療を受けられた方) | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |
| 入院等治療を受けた傷病名 | <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ（事故報告書の提出が必要です。） ※傷病名が不明、または、「妊娠」「出産」「分娩」での治療や「検査」の場合は、医療機関にご確認の上、具体的な傷病名をご記入ください。 | | 分娩日 ※分娩による入院の場合は、ご記入ください。 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| 入院期間 | ① | <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 転入院・転科入院 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> （相続人等による請求）死亡に伴う退院 |
| | ② | <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 転入院・転科入院 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> （相続人等による請求）死亡に伴う退院 |
| 手術名 ※診療明細書から転記してください。 | ① | <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両 ※左右の部位がある場合は、チェックしてください。 | 手術年月日① <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| | ② | <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両 ※左右の部位がある場合は、チェックしてください。 | 手術年月日② <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 診療明細書から転記した手術名が「創傷処理」の場合で、実際に受けた手術が異なるときは、左の□欄にチェックし、実際に受けた手術が分かる「手術同意書」、「入院診療計画書」等のコピーを提出してください。 | | | |

《ご入院等された病院または診療所》

| | | |
|----|----|---|
| 名称 | 科名 | 科 |
|----|----|---|

上記記載事項は、事実と相違ありません。万一事実と異なる場合には、入院保険金・手術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、改めて、必要書類を提出します。

《指定代理請求人または事務管理者が請求する場合》

☞ 被保険者（学資保険（はじめのかんぽ）の場合は契約者）は、意思表示が困難な状態です。

記入日：令和 年 月 日

請求者：
(受取人)

法定代理人

①親権者

②後見人：

親権者：