

手術事情書

この「手術事情書」は入院を伴わない手術（外来手術）を受けられた方が手術保険金のみをご請求いただく際にご利用できます。

1 ご利用要件の確認

次の手順で手術事情書がご利用できるか、口欄をチェックしてご確認ください。

《ステップ1》

今回のご請求は次の要件をすべて満たしますか。

☐ 手術保険金のみ の請求です

☐ 医療機関発行の領収書のコピーが提出できます

☐ 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ます

☐ 以下のいずれかの特約 が付加されている契約の請求です

＜対象となる特約＞

・無配当傷害医療特約

・無配当総合医療特約

すべての口欄にチェックできた場合、ステップ2をご確認ください。

《ステップ2》

お手持ちの診療明細書のコピーは次の要件をすべて満たしますか。

☐ 「放射線」の記載がない

☐ 「入院料」の記載がなく、「手術料」の記載がある

☐ または

☐ 「入院料」の記載があるものの、その内容に「短期滞在手術等基本料1」の記載がある

すべての口欄にチェックできた場合、「2 手術内容記入欄」にご記入ください。

※すべての口欄にチェックができなかった場合は、手術保険金以外の保険金等についても、お支払い対象となる可能性があるため手術事情書をご利用できません。

2 手術内容記入欄

被 保 険 者 (手術を受けられた方)		生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
手術の原因と なった傷病名等	(傷病名が不明の場合、医療機関にご確認ください。)		<div>傷病発生年月日 年 月 日</div> <div>初診年月日 年 月 日</div>			
手 術 名 ※右の口欄をチェック してください。	<input type="checkbox"/> 診療明細書（コピー）に記載された 手術名のとおり	手 術 年月日	年 月 日			
《手術を受けられた病院または診療所》※複数の医療機関（診療科）にて手術を受けられた場合は、それぞれ手術事情書を作成してください。						
名 称 _____						
主治医 _____ 科 _____ 先生 _____						
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、手術保険金を返還します。						
請求者（受取人）		平成 年 月 日	<div>①親権者</div> <div>②後見人 _____</div> <div>法定代理人 _____</div> <div>親権者 _____</div>			

※後日、お客さまに改めて当社所定の入院・手術証明書（診断書）の提出をお願いすることがありますので、あらかじめご了承ください。