

必要書類

必要書類 下記の書類は必ずご提出ください。

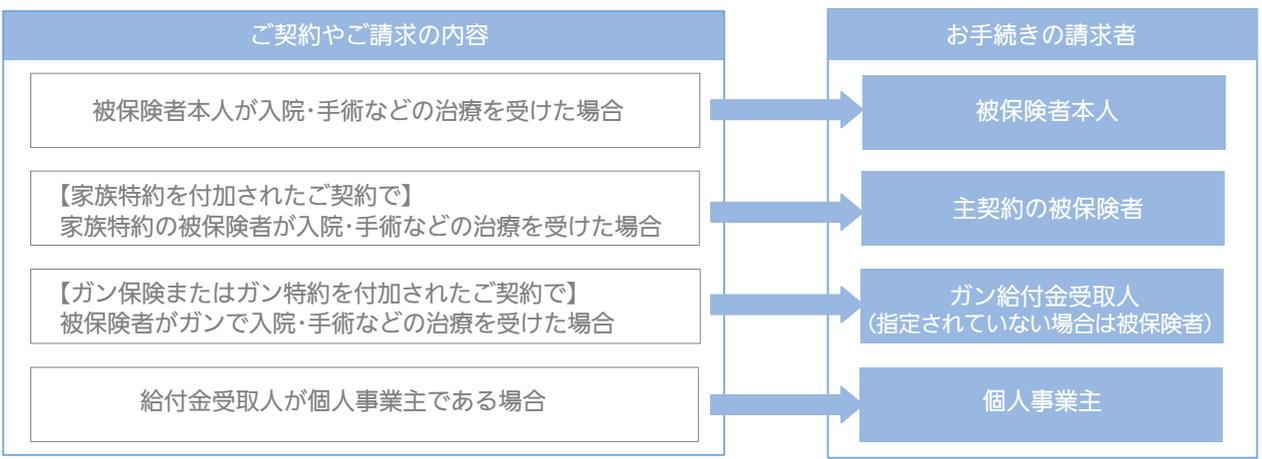
書類名	ご説明	
▶ 給付金請求書(個人用)	記入例をご参照のうえ、必要事項を 給付金受取人(ご請求者)様ご本人 がご記入ください。	
▶ 承諾書	被保険者様ご本人がご記入・押印のうえ、ご提出ください。	
▶ 本人確認書類	給付金受取人様に関する以下本人確認書類のいずれかをご提出ください。 ただし、給付金受取人様のご契約者様の場合はご提出不要です。 有効期限内で、氏名・住所・生年月日・書類名称・有効期限が特定できる部分のコピーをご提出ください。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> ◆運転免許証(運転経歴証明書) 表裏両面コピー </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> ◆マイナンバーカード 顔写真のある表面のコピー ※マイナンバーの記載がある裏面の提出は不要です。 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> ◆住民票の写し(住民票の記載事項証明書) 発行後6ヶ月以内の原本またはコピー ※マイナンバーの記載がないものをご提出ください。 </div> </div>	
医療証明書	▶ 入院・手術証明書(診断書) または 入院(手術)状況報告書	▶ ガン保険をご請求の方 当社の入院・手術証明書(診断書)原本をご提出ください。 ※支払事由発生日が責任開始日(復活日)から2年を超えている場合には、他保険会社または病院書式のもので当社書式の記載内容が満たされている場合に限り、コピーでもお取り扱いいたします。 ただし、ご提出いただいた診断書の内容によっては、当社診断書のご提出をお願いする場合があります。
	▶ ガン保険以外の保険商品をご請求の方	別紙チャート「医療証明書のご提出について」をご確認のうえ、該当する書類をご提出ください。 ※入院(手術)状況報告書は、給付金受取人(ご請求者)様ご本人がご記入ください。

追加必要書類 不慮の事故が原因の場合は下記書類も併せてご提出ください。

▶ 事故(受傷)状況報告書	事故状況を詳しくご記入ください。 新聞報道等の記事があれば、コピーを添付してください。
▶ 交通事故証明書コピー	交通事故の場合は、自動車安全運転センター発行のコピーをご提出ください。

⚠ お手続きについて

- 給付金受取人(請求者)は原則として **被保険者本人(被保険者とは、実際に入院・手術などの治療を受けられた方)**となります。ご契約・ご請求内容をご確認のうえ、正しいご請求者よりご請求ください。



- 保険金・給付金・年金等の各支払金につきましては、原則として必要書類が会社に到着した日の翌日からその日を含めて5営業日以内にお支払いさせていただきます。なお、各約款・特約・特則に規定する所定の事項(各支払金のお支払事由の有無の確認が必要な場合等)について確認が必要な場合には、併せて規定する所定の日数を経過する日をお支払期限とし、お支払いまでにお時間をいただくこととなりますので、あらかじめご了承ください。また、お支払期限を経過して各支払金をお支払いする場合には、遅延利息を付けてお支払いいたします。
- 指定代理請求特約が付加されているご契約につきましては、被保険者様にご請求できない特別な事情(請求を行う意思表示が困難である、会社が認める傷病名の告知を受けていない等)がある場合に限り、あらかじめ指定された指定代理請求人様よりご請求いただけます(リビング・ニーズ特約における指定代理請求人とは異なります)。詳しいお取り扱いにつきましては、当社サービスセンターまでお問い合わせください。

給付金請求書(個人用)記入例

- 記入は黒色のボールペンをご使用ください。消えるボールペンは使用できません。
- 枠内をすべて受取人様が自署のうえ、押印してください。
- 記載内容を訂正する場合は、二重線で抹消のうえ必ず「請求・同意印」と同一の印を押印してください。

証券番号をご記入ください(印字されている場合は必ずご確認ください)。

受取人(請求者)が同じ契約は、同一被保険者の場合に限り連記できます。

請求書を記入される日付をご記入ください。

被保険者様のお名前をご記入ください。

送金口座には、必ず受取人様名義の口座をご指定ください。受取人様名義以外の口座への送金については、一切承ることができません。

口座名義人は、カタカナでご記入ください。

給付金請求書(個人用)

エヌエヌ生命保険株式会社 御中 社用欄
 貴社約款および特約条項の規定により、下記契約の支払を請求します。
 なお、振り込みが完了した場合、貴社宛にあらためて領収証は提出しません。また、支払内容・変更事項については、約款に規定する保険証券の裏書(表示)にかえて「お支払い手続完了のお知らせ」にて通知する場合があります。なお、「個人情報取扱等に関する確認・同意事項」の内容を確認・同意のうえ請求します。

保険証券番号	第	1	2	3	4	5	6	7	8	号
	第	2	3	4	5	6	7	8	9	号
	第									号
	第									号

記入日	請求書を記入される日付	2024年12月2日
被保険者名	治療を受けた方	山田太郎
受取人 (請求者) (自署)	山田太郎	
	請求・同意印	
日中連絡先 (03) 1111 - 2222 自宅 (勤務先) (その他) () <small>ご記入いただいた電話番号に当社から領金・確認のお電話をさせていただく場合があります。</small>		

受取人様のお名前・電話番号をご記入ください。

請求・同意印を押印してください。(認印可)

送金口座		受取人名義の口座をご指定ください	
金融機関名	〇× 銀行 信組	支店名	渋谷 支店 出張所 本店
預金種目	普通(総合) 当座 貯蓄	口座番号(左詰めでご記入ください)	口座名義人
		1-2-3-4-5-6-7 7-6-5-4-3-2-1	ヤマダ タロウ
<small>※預金種目に○がない場合は「普通(総合)」とみなします。 ※ゆうちょ銀行への送金をご希望の場合は、支店名欄に振込用「店名(3桁の漢数字)」をご記入ください。</small>			

訂正した箇所には二重線で抹消のうえ、必ず「請求・同意印」を押印ください。

ご不明点のお問い合わせは、こちらで承ります。

エヌエヌ生命サービスセンター

0120-521-513 <https://www.nnlife.co.jp>

9:00~17:00(土・日・祝日および12/31~1/3を除く)

マイページにご登録ください。

スマホやパソコンで、簡単に契約内容の照会や住所変更のお手続きなどをご利用いただけます。



マイページのご登録には
こちらのコードから



個人情報の取扱等について

お客様の個人情報の利用目的

エヌエヌ生命保険株式会社は、保険契約の締結などのお取引を安全・確実に進め、より良い商品・サービスの提供を行うため、個人情報を取得いたします。取得した情報は、以下の目的のために利用いたします。

- ・各種保険契約のお引き受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い
- ・関連会社・提携会社を含む各種商品・サービス等のご案内・提供(※)
- ・当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実(※)
- ・その他上記に関連・付随する業務(※)

(※)お客様の取引履歴、ウェブサイトやアプリの閲覧履歴等の情報を分析して、お客様にニーズにあった各種商品・サービス等に関する広告等の配信等を行うことを含みます。

当社は個人情報保護に対する取組み姿勢として「個人情報保護方針(プライバシー・ポリシー)」を策定しております。詳しい内容については、当社ホームページ(<https://www.nnlife.co.jp/company/policies/cldata>)にてご確認ください。右記の二次元コードからもアクセスできます。



個人情報の取扱等に関する確認・同意事項 <下記の項目を確認・同意のうえ、お手続きください。>

【医療・健康情報等の機微(センシティブ)情報について】

上記利用目的の範囲かつ業務上必要な範囲で医療・健康情報等の機微(センシティブ)情報を取得、利用いたします。取得した機微(センシティブ)情報は、担当部門以外に業務上適切な範囲で契約者・被保険者、生命保険募集人(当社代理店をふくむ)・保険仲立人・当社営業担当者・事務担当者等、医療機関、確認会社等に開示・提供することがあります。また、被保険者を診察した医師がある場合はその医師、および保険契約の申込みに関し被保険者を診察した医師から、被保険者の健康状態、症状、治療内容等の情報を取得し、上記のとおり利用・開示・提供することがあります。なお、機微(センシティブ)情報は既に取得しているものをふくみます。

【再保険の取扱について】

当社と保険契約者との間の保険契約について、引受リスクを適切に分散するために再保険(再々保険以降の再保険を含む)を行なうことがあります。また、再保険会社における当該保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等支払いに関する利用のために、再保険の対象となる保険契約の特定に必要な保険契約者の個人情報のほか、被保険者氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する情報、および医療・健康情報等の機微(センシティブ)情報など、当該業務遂行に必要な個人情報を再保険会社に提供することがあります。

【保険契約が消滅した場合】

機微(センシティブ)情報をふくめ、本請求において取得したまたは、既に取得している個人情報については、解約・保険金支払・保険期間満了等により保険契約が消滅した後も、上記利用目的のため保持いたします。なお、取得した請求書・公的書類・診断書等についても返却はいたしません。

【支払査定時照会制度について】

「支払査定時照会制度」は、保険金等の請求があった場合や、これらに係る保険事故等が発生したと判断される場合に、一般社団法人生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会(「各生命保険会社等」)が、当社を含む各生命保険会社等に対し、同制度に基づき、一般社団法人生命保険協会を通じ、各生命保険会社等が保有する保険契約等に関する(1)被保険者の氏名、生年月日、性別、住所 (2)保険事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる保険事故(照会を受けた日から5年以内) (3)保険種類、契約日、復活日、消滅日、保険契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金等受取人の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金額、給付金日額、各特約内容、保険料および払込方法等の全部または一部を照会した場合には、各生命保険会社等がそれらの照会に応じて情報を提供することがあります。また、これらの情報が各生命保険会社等による保険金等の支払等の判断の参考にされることがあります。

承 諾 書

私は、保険契約の存続および保険金等の支払可否の検討に必要な事実の確認のため、エヌエヌ生命保険株式会社の係員または同社の委託を受けた者に、下記事項に関する情報を開示することを承諾します。

あわせて、〈個人情報の取扱等に関する確認・同意事項〉についても内容を確認のうえ同意いたします。

私の診察、治療、または検査を行なった医師および病院・診療所ならびにその他関係者又は公的機関（警察・消防署・海上保安庁等）の方におかれましては、私に代わって、本書持参のエヌエヌ生命保険株式会社の係員または同社の委託を受けた者に、下記記載の情報を提供くださいますようお願いいたします。

なお、本書の写真複写（コピー）も有効とします。

記

1. 以下の被保険者について診察、治療、または検査を行なった医師および病院・診療所ならびにその他関係者がその者に対して、以下の被保険者に関する傷病内容（傷病名・症状・治療内容・検査結果・既往傷病歴など）、飲酒数値（血中アルコール濃度・呼気アルコール濃度）および定期健康診断に関して説明しその証明書（診断書）を発行するとともに、カルテ・問診表・検査記録等の診察記録を開示・提供すること。
また本書持参の者が、医師（医療機関）に傷病内容、保険契約内容（責任開始期・告知日・告知内容等）および事故状況等を開示すること。
2. 公的機関（警察・消防署・海上保安庁等）の担当者の方が、以下の被保険者に関する事故状況について説明すること。また本書持参の者が、公的機関に傷病内容、保険契約内容（責任開始期・告知日・告知内容等）および事故状況等を開示すること。

以上

被 保 険 者 名

被保険者生年月日

年 月 日

被保険者名（保険の対象となる方）・被保険者生年月日をご記入のうえ、下記太枠内に被保険者様にてご署名・ご捺印ください。

※ 被保険者様がお亡くなりになられている場合、もしくは被保険者様が健康状態等により記入できない場合は、ご親族様にてご署名・ご捺印ください。

承 諾 日

年 月 日

承 諾 者（氏 名）

印

被保険者との続柄

本人 子 兄弟姉妹
配偶者 親 その他（ ）

住 所

事故（受傷）状況報告書

エヌエヌ生命保険株式会社 御中

下記の通り事故状況について報告します。

年 月 日 報告者

受傷者との関係

本人
 配偶者
 子
 勤務先
 その他 ()

受 傷 者	氏名				
事故発生日時	年 月 日	<input type="radio"/> 午前	<input type="radio"/> 午後	時 分頃	<input type="radio"/> 業務中 <input type="radio"/> 業務外
事故発生場所					
目 撃 者	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 →	氏名	住所		
飲 酒	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 →	種類	量	時間	
			<input type="radio"/> 本 <input type="radio"/> 杯	<input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後	時 ~ 時

1. 事故状況（事実を詳細にご記入ください。新聞記事等があれば添付してください。）

受傷原因及び状況

2. 受傷者が運転中の事故の場合、以下もご記入ください。

運 転 中 の 場 合	運 転 車 種	<input type="radio"/> 大型自動車 <input type="radio"/> 普通自動車 <input type="radio"/> 大型特殊自動車 <input type="radio"/> 自動二輪 <input type="radio"/> 小型特殊自動車 <input type="radio"/> 原付自転車(50cc以下) <input type="radio"/> 自転車 <input type="radio"/> その他 ()
	運転免許証 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 →	免許番号 第 _____ 号

（記入上のご注意）

1. 受傷者(被保険者)本人または事故の状況のわかる方がご記入ください。
2. ご提出いただきました報告書で事故内容の詳細がわかりかねますときは、事故当時の模様をお伺いにあがることもございますので、あらかじめご了承ください。

エヌエヌ生命保険株式会社 御中

この度の給付金の請求に関し、以下のとおり報告いたします。
 下記記載事項は事実に相違なく、後日万一事実と異なる事が判明した場合は、給付金を返還いたします。また本件に関し貴社が必要とする事項について、医療機関等へ照会を行うことに同意します。
 (法人が受取人(請求者)の場合、医療機関等への照会について予め被保険者より同意を得ています。)

記入日	年 月 日
請求者 (給付金受取人)	(印)
<small>※請求者が未成年または被後見人の場合は、親権者または後見人が記入押印ください</small>	

被保険者名 (入院・手術をされた方) <small>※請求者(給付金受取人)ご本人の場合は記入不要です</small>	性別	(男) (女)
	生年月日	年 月 日

初診日	年 月 日
-----	-------

▼入院についてご記入ください

入院(手術)の原因となった傷病名 およびその原因疾患(ある場合)	入院日	退院日	担当医師
	年 月 日	年 月 日	医師
	年 月 日	年 月 日	医師
	年 月 日	年 月 日	医師

▼手術についてご記入ください

※低解約返戻金型一時払終身入院保険には手術保障がないため記入不要です

手術日	年 月 日
手術名	

医療証明書のご提出について

【低解約返戻金型一時払終身入院保険専用】

STEP 1

他社または病院書式の診断書(コピー)がありますか？

※当社書式の記載項目が満たされている場合に限りです。
(記載項目が満たされていない場合は、NOへお進みください)

YES

NO

STEP 2

入院日数は30日以内ですか？

YES

NO

ご提出いただく医療証明書は

他社診断書のコピー
または
病院書式診断書のコピー

ご提出いただく医療証明書は

- ・入院(手術)状況報告書
(給付金受取人様ご記入)
- ・領収書コピー※

ご提出いただく医療証明書は

当社の診断書
(医療機関にて発行)

※領収書がない場合は、退院証明書・入院期間証明書のコピーをご提出ください。

病院発行の領収書について

※原本の返却はいたしかねます。コピーをご提出ください。

①から④までの記載があることをご確認のうえコピーしてください。

患者番号		氏名		請求期間(入院の場合)	
XXXXXX		エスエヌ 太郎 様		20●●年○月×日～20●●年○月△日	
受診科	入・別	領収書No.	発行日	費用区分	自前割合
前・内受診科	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	再保険
注	射	放射線科	手術	麻酔	放射線治療
納付済額	診療科	会計	手術	検査	放射線治療
保険外	自前	自前	自前	自前	自前
合計	XXXXXX	円	XXXXXX	円	
自前額	XXXXXX	円	XXXXXX	円	
領収額					XXXXXX
東京都渋谷区渋谷 ○○○病院					

- | | |
|---|--------------------|
| ① | 患者名 |
| ② | 医療費の請求期間(入退院日、手術日) |
| ③ | 入院料(入院をされている場合) |
| ④ | 医療機関名 |

◆領収書・診療明細書に健康保険証の番号の記載がある場合には、プライバシー保護のため「記号」「被保険者番号」および「保険者番号」の箇所は、ご請求者様で復元できないように黒く塗りつぶし、番号が見えないようにしてください。

ご記入前に裏面の ご記入いただくにあたってのお願い をご確認ください。訂正の場合、必ず証明印による訂正印を押印願います。

入院・手術証明書(診断書)

1	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	
	カルテ番号()					
2	入院(手術)ア.の原因となった傷病名	ICD-10コード ()	傷病発生年月日			
	イ.アの原因		<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告			
	ウ.合併症		<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告			
3	治療期間	初診日 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 終診 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 現在加療中			
4	入院期間	第1回目 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 現在入院中			
		第2回目 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 現在入院中			
		第3回目 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 現在入院中			
		第4回目以降の入院がありましたら、「入院日」~「退院日」をご記入ください。				
5	悪性新生物・上皮内新生物の場合	病理組織診断名	診断確定日	年 月 日		
		(p)TNM分類	T N M	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> 不詳		
		本人への病名告知	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 本人に病名告知がない場合告知した相手 → <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 他()			
		抗悪性腫瘍剤使用	主な薬剤名	開始日	年 月 日	終了日 年 月 日
6	手術 ※ドレナージ等の処置もご記入ください	①~⑨のいずれかの番号をご記入ください		手術の種類		
		ア~ソの該当するものを全てをご記入ください。		①開頭術 ②穿頭術 ③開胸術・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カテーテルによる手術 ⑦経尿道的 ⑧経腔的 ⑨その他(具体的にご記入ください)		
				手術の内容		
				穿頭術の場合	ア.新たな穿頭 イ.既存の穿頭穴を使用	
				筋骨関係手術の場合	ウ.親血 エ.非親血	
				皮膚・皮下の手術の場合	筋・腱・靭帯の切開・切断・縫合を オ.伴う カ.伴わない	
	手指・足指の手術の場合			手術野は キ.MP関節より末梢 ク.MP関節上 ケ.MP関節より中枢		
	植皮・皮弁術の場合	コ.25cm以上 サ.25cm未満				
	口腔内手術の場合	顎骨を シ.削っている ス.削っていない				
	ファイバースコープまたはカテーテルによる手術の場合	セ.四肢 ソ.四肢以外(中枢)				
	手術の種類	手術の内容	手術名	手術日	診療報酬点数区分	
	1		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	年 月 日	K・J-()	
	2		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	年 月 日	K・J-()	
	3		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	年 月 日	K・J-()	
	4	4回以上の手術がありましたら、「手術の種類」「手術の内容」「手術名」「手術日」「診療報酬点数区分」をご記入ください				
7	放射線・温熱療法	種類	診療報酬点数区分	部位	総線量	期間
		<input type="checkbox"/> 体外照射 <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> 温熱療法 <input type="checkbox"/> その他()	M-()		Gy	開始日 年 月 日 終了日 年 月 日
8	意思能力	給付金請求の意味を理解し、それに基づいて意思表示を行うことができないと思われる場合は、右にチェックしてください。				<input type="checkbox"/> できない
上記のとおり証明(診断) します。		証明日		年 月 日		
病院または診療所の		所在地 名称 電話番号 診療科 医師氏名		<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 印 </div>		

ご担当される先生へ

ご記入いただくにあたってのお願い

※訂正・追記の場合は、必ず証明印による訂正印・追記印を押印してください。(訂正日・追記日もご記入ください。)
 ※ボールペン等(鉛筆は不可)でご記入ください。

項目	ご記入にあたってご留意いただきたい点	備考													
2項	ア 入院(手術)の原因となった傷病名	<ul style="list-style-type: none"> ●原因となった傷病が複数ある場合は、すべてご記入ください。 ●「悪性新生物・上皮内新生物」の場合は5項にもご記入ください。 ●傷病発症年月日はお分かりになる範囲でご記入ください。(イ・ウも同様です。) 	<ul style="list-style-type: none"> ●原因となった傷病名(診断確定された場合は診断確定後の傷病名)と傷病発症年月日をご記入いただく項目です。 ●事故の場合は事故発生日をご記入ください。 												
	イ アの原因	<ul style="list-style-type: none"> ●アの原因となった傷病や事故があればご記入ください。 【例】糖尿病・高血圧症・交通事故 など ●原因となった傷病が複数ある場合は、すべてご記入ください。 	<ul style="list-style-type: none"> ●保障内容や傷病によって給付金のお支払内容が異なる場合がありますので、原因となった傷病がある場合は必ずご記入ください。 例えば、アが「網膜症・腎不全」で、その原因が糖尿病の場合は「糖尿病」とご記入ください。 												
	ウ 合併症	<ul style="list-style-type: none"> ●入院加療の必要があった合併症をご記入ください。 ●該当する傷病が複数ある場合は、すべてご記入ください。 													
3項	治療期間	<ul style="list-style-type: none"> ●初診日は「貴院におけるアの傷病に関する最初の診察日をご記入ください。(貴院他科での診察を含みます。) ●「終診」「転院」「現在加療中」のいずれかをご選択ください。 													
4項	入院期間	<ul style="list-style-type: none"> ●入院が4回以上の場合は「第4回目以降」欄にご記入ください。記入しきれない場合は、別紙にご記入ください。その場合は「第4回目以降」欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙にも署名・押印ください。 													
5項	悪性新生物・上皮内新生物の場合	<ul style="list-style-type: none"> ●子宮頸部異形成でCIN3に該当する場合には、病理組織診断名にCIN3(高度異形成)とご記入ください。 ●病理組織学的検査をされている場合、病理組織診断名は必ずご記入ください。 ●「診断確定日」は最初に病理組織診断が確定された日をご記入ください。組織診断がない場合、その他の検査等をもとに診断確定された日をご記入ください。 ●「原発」「再発」「転移」についてはいずれかをご選択ください。 	<ul style="list-style-type: none"> ●保障内容によって給付金のお支払内容が異なる場合がありますので、該当する場合には必ずご記入ください。 												
6項	手術	<ul style="list-style-type: none"> ●手術の種類と手術の内容をご選択のうえご記入ください。 ●手術給付金のお支払い対象となる場合がありますので、施行された手術をすべてご記入ください。「ドレーナージ術」、「胃ろう造設術」等を行った場合も、漏れなくご記入ください。 ●手術部位に左右の別がある場合は、該当の口にし点をつけてください。 ●手術が4回以上の場合は、4欄にご記入ください。記入しきれない場合は、別紙にご記入ください。その場合は4欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙にも署名・押印ください。 ●手術内容等で付記すべきことがありましたら、4欄にご記入ください。 ●同日に複数の手術を行った場合で、手術室を出てから再手術を行った場合は、その旨をご記入ください。 <p>【記入例】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>手術の種類</th> <th>手術の内容</th> <th>手術名</th> <th>手術日</th> <th>診療報酬点数区分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>㊟</td> <td>コ</td> <td>全層植皮術 □右 □左 □両側</td> <td>2019年 8月 1日</td> <td>Ⓚ・J(013-2)</td> </tr> </tbody> </table>		手術の種類	手術の内容	手術名	手術日	診療報酬点数区分	1	㊟	コ	全層植皮術 □右 □左 □両側	2019年 8月 1日	Ⓚ・J(013-2)	<ul style="list-style-type: none"> ●Kコード、Jコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます項目です。
	手術の種類	手術の内容	手術名	手術日	診療報酬点数区分										
1	㊟	コ	全層植皮術 □右 □左 □両側	2019年 8月 1日	Ⓚ・J(013-2)										
7項	放射線・温熱療法	<ul style="list-style-type: none"> ●照射中の場合は、種類・総線量・期間など照射済みの範囲でご記入ください。 	<ul style="list-style-type: none"> ●Mコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます項目です。 												
8項	意思能力	<ul style="list-style-type: none"> ●患者様に意思能力がない場合には□にし点をつけてください。 													

1 0 7 - 8 7 8 0

定形郵便物 2 2 7



(受取人)
赤坂郵便局私書箱110号

エヌエヌ生命保険株式会社
サービスセンター 行



差出有効期間
2026年9月
30日まで

切手を貼らずに
お出しください。

差出人	
氏名	
住所	〒

該当するお手続きをチェックしてください。

<input type="checkbox"/> ご用立て金ご請求	<input type="checkbox"/> 給付金ご請求
<input type="checkbox"/> 名義変更・住所変更	<input type="checkbox"/> 保険料お支払関係書類
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> インターネットサービス関係

宛名ラベルのご使用方法

- ①左記宛名ラベルは、請求書とその他同封書類をお送りいただく際に限りご利用になれます。
- ②サイズを変えずに印刷してご利用ください。
- ③点線の切り取り線に合わせて裁断してください。
- ④定型の封筒の左上に合わせて、貼り付けてください。
- ⑤差出人欄に、必ずご住所・ご氏名をご記入ください。

ご注意

- ・印刷する際は、サイズ変更（拡大・縮小）をしないでください。
- ・定型の封筒をご用意ください。
- ・宛名ラベルが剥がれないようにしっかり糊付けしてください。
- ・この宛名ラベルには使用期限がございます。使用期限が過ぎている場合は使用できませんのでご注意ください。
- ・第三者への譲渡等を禁止します。

