

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(法人用)	記入例をご参照のうえ、必要事項を 法人様にて 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。	
医療証明書	▶ 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。
▶ 入院・手術証明書(診断書) または 入院(手術)状況報告書		

追加必要書類 ご確認のうえ該当する場合はご提出ください。

不慮の事故が原因の場合	
▶ 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。
家族特約が付加されている場合	
▶ 家族特約の被保険者の住民票※ または戸籍謄本 (発行後6ヶ月以内の原本)	主契約の被保険者と家族特約の被保険者の続柄が確認できるものをご提出ください。 ※住民票はマイナンバーの記載がないものをご提出ください。

⚠ お手続きについて

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、お支払期限を超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。

個人情報等の取扱いについて

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。お手続きの前に、当社ホームページ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)。
URL: <https://www.nnlife.co.jp/company/policies/cldata>
当社ホームページにて確認ができない場合は、説明資料を送付します。当社サービスセンターまでお問合せください。
エヌエヌ生命サービスセンター: 0120-521-513 [受付時間] 9:00~17:00(土・日・祝日および12/31~1/3を除く)



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

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)

(ガン保険用)

1.	氏名	<input type="checkbox"/> 男 カルテ番号() <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日			
2.	入院(手術)ア.の原因となった傷病名	ICD-10コード()	傷病発生日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告				
	イ.アの原因		年 月 日 <input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告				
	ウ.合併症		年 月 日 <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	今回以前に悪性新生物・上皮内新生物の既往がありますか?	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	※はいの場合は、以下に病名と診断時期をご記入ください 病名 年 月 頃			
		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"/> 浸潤癌 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 上皮内癌・非浸潤癌	
		病理組織診断	<input type="checkbox"/> あり 病理組織診断名	※病理組織診断ありの場合は、以下の欄は記入不要。診断確定方法および結果の概要(複数選択可)			
			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 組織学的検査() <input type="checkbox"/> CT-MRI() <input type="checkbox"/> 内視鏡検査() <input type="checkbox"/> その他()			
		本人への病名告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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()			
6.	前医紹介医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	傷病名	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	医療機関 医師名	
7.	既往症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	傷病名	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	医療機関 医師名	
8.	経過	発病から現在までの経過をご記入ください(いつからどのような症状があったか、初診時の主訴・所見および症状の経過、検査内容および 検査結果判明日、治療内容等)					
9.	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 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)			
		ア~ソの該当するもの全てをご記入ください	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	3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						
10.	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	
11.	抗悪性腫瘍剤	主な薬剤名			開始日 年 月 日 終了日 年 月 日		
12.	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。		所在地 名称 病院または診療所の 電話番号 診療科 医師氏名		証明日	年 月 日	印	

ご記入いただくにあたってのお願い

※悪性新生物・上皮内新生物を保障の対象とするガン保険専用の診断書です。

※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。 ●傷病発生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。) 	●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。
	イ. アの原因	<ul style="list-style-type: none"> ●アの原因となった傷病があればご記入ください。 【例】肝硬変・潰瘍性大腸炎など ●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。 	●保障内容や傷病によって給付金のお支払い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。
	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3回以上の場合は「第3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3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 既往	<ul style="list-style-type: none"> ●悪性新生物・上皮内新生物の既往がある場合には、「はい」にチェックのうえ、お分かりの範囲でご記入ください。 	●お支払いにあたり重要な項目になります。2項傷病欄以外の既往症についてご記入ください。
	診断確定日 ・病理組織診断	<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」「不詳」についてはいずれかをご選択ください。 	●区分が「原発」かそれ以外かによりお支払い内容が異なる場合がございます。
6項	前医・紹介医	<ul style="list-style-type: none"> ●前医または紹介医があれば、ご記入ください。 	
7項	既往症	<ul style="list-style-type: none"> ●5項でご証明の悪性新生物・上皮内新生物以外の既往症がある場合には、お分かりになる範囲でご記入ください。 	
8項	経過欄	<ul style="list-style-type: none"> ●入院加療の必要があった傷病、前医・紹介医、手術、検査結果など、<u>所定の項目</u>があるものについては、必ず所定の項目欄にもご記入ください。 	
9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□にレ点をつけてください。 ●手術が3回以上の場合は、3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3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、3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。 	●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。
10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。 	●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。
12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□にレ点をつけてください。 	

1 0 7 - 8 7 8 0

定形郵便物 2 2 7

料金受取人私郵便

赤坂局承認

5025

差出有効期間
2028年6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
----	---	----



(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

該当するお手続きをチェックしてください。

- ご用立て金ご請求 給付金のご請求
 名義変更・住所変更 保険料お支払関係書類
 その他 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しっかりと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。

