

事故状況報告書について

ケガによるご請求の場合、「事故状況報告書」のご提出をお願いいたします。

「保険金・給付金お手続きガイド」

<https://www.himawari-life.co.jp/customer/seikyu/notes/guide/>

の必要書類欄に「事故状況報告書」についての記載はありませんが、必要となります。

給付金請求書(個人・疾病用)

5011800

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

私は、貴社普通保険約款・特約条項の規定に基づき、貴社ホームページに記載の「個人情報の取扱い(https://www.himawari-life.co.jp/company/info/privacy/detail/)」を確認・同意のうえ、給付金を請求します。なお、医療機関発行の書類の記載内容や入院・手術内容について、貴社が必要に応じて医療機関等に照会することを承諾します。支払金がある場合、下記口座への送金完了をもって本請求への支払金を受領したものと認めます。



SOMPOひまわり生命

●受取人がご記入ください ※親権者による記入可能

旧日本興亜生命の証券番号は4行目にご記入ください

①	記入日	2	0	年		月		日	証券番号	第		-		号	
	被保険者名									第		-		号	
										第		-		号	
	生年月日	昭	平	令	年		月			日	第				-

②	フリガナ	セイ		メイ		親権者 受取人が未成年の場合は、親権者ご自身が署名、口にし点チェックしてください。 <input type="checkbox"/>
	受取人ご本人 もしくは親権者 【自署】	姓		名		

●受取人名義の振込先をご記入ください

※記入が漏れていた場合は、前回請求時のお振込先へお支払いいたします

③	AとBは どちらか1つに 記入ください。	A	金融機関名 (ゆうちょ銀行 以外)	銀行	信託	信組	信金	農協	労金	本店	支店	出張所	
			種目	普通(総合)	当座	口座番号 (右つめ)							
		B	ゆうちょ銀行	通帳 記号	1		0	通帳 番号					1
	口座名義 (カタカナで記入)	セイ		メイ									

●今回の「お支払い手続き完了のお知らせ」等の送付先住所をご記入ください

④	郵便番号	〒		-	日中連絡先	-	-
	都道府県		都	道	府	県	市区町村
	番地、アパート・ マンション名						

●代筆請求の要件に該当し、代筆請求される場合のみ、ご記入ください

代筆者氏名、理由 受取人との続柄	氏名		続柄	
	理由			

取扱者・会社使用欄

取扱者 受付日欄	受付日		年		月		日	取扱者名 (自署)		【注意】お客さまに請求書を渡した日付ではなく、 受領した日付を必ずご記入ください。
-------------	-----	--	---	--	---	--	---	--------------	--	--

【ST室使用欄】申し送り	
到着経路	○本・○CC・○営・○代
両社加入 □	スキャン 枚数
診断書	○鉛・○印なし・○不明
証券番号	① 記入なし ② 同時請求(被別)

営業店使用欄	
営業店受付日	営業店発送日

本社使用欄	
本社到着日	本社書類完備日



第三者認証
1C2412002(1)

同意書

5012700

(個人情報の取扱・事実の確認等について)

私は、本「同意書」に記載の説明事項を確認し、当社ホームページに記載のSOMPOひまわり生命保険株式会社（以下「SOMPOひまわり生命」といいます。）の保険契約に関する個人情報の取扱いおよび以下に記載の各事項について同意します。

(事実の確認について)

保険契約の存続および保険金や給付金などの支払可否の検討に必要な事実の確認の目的で、以下に記載する各関連医療機関のそれぞれの医師や担当者の方が、本状の提示により、SOMPOひまわり生命の職員または当社が委託した者（以下「SOMPOひまわり生命担当者」といいます。）に対し、以下に記載する各情報の開示等を行うことに同意します。また、SOMPOひまわり生命担当者が、医師や医療機関に傷病内容、保険契約の内容（責任開始日、告知日、告知内容など）および事故状況などを開示することについても同意します。なお、上記の使用目的のために作成された本書の複写も、本書と同じ効力があるものとします。

医師、医療機関のご担当者様におかれましては、SOMPOひまわり生命担当者の求めに応じ、説明、証明書（診断書）の発行などにご協力くださいますようお願いいたします。

【関連医療機関】

- ①SOMPOひまわり生命に提出した診断書、報告書、領収証などの発行医療機関
- ②上記診断書などに記載された前医、紹介医
- ③下記被保険者からの聴取により判明した受診先医療機関
- ④判明している受診先医療機関に確認を行った結果判明した別の受診先医療機関

【開示等の内容およびその対象となる情報】

- ①下記被保険者に関する、傷病内容（傷病名・症状・治療内容・検査結果・入通院歴・既往傷病など）、飲酒数値（血中アルコール濃度・呼気アルコール濃度）や定期健康診断、あるいは事故状況についての説明
- ②カルテ・問診表・検査記録・治療費用などの診療に関する記録を開示・提供すること

(保険金・給付金などの受取人が法人の場合)

下記被保険者加入の保険契約の保険金・給付金などの受取人が法人の場合には、当該法人が弔慰金規程など（あるいは契約時に取り交わした「生命保険付保に関する同意書」または「契約者告知書および被保険者同意確認書」※）に従い、保険金・給付金などを福利厚生目的で使用するために受け取ることに同意します（下記被保険者が当該法人の役員である場合には、福利厚生目的での使用に限らず当該法人が保険金・給付金などを受け取ることに同意します）。

※旧日本興亜生命保険株式会社契約は、「生命保険契約付保に関する規定」または「被保険者同意確認書」に読み替えます。

1 同意書の記入日

年	月	日
---	---	---

2 被保険者の氏名・生年月日

被保険者名 (患者名)	生年月日	年	月	日生
----------------	------	---	---	----

3 同意者(※)の住所・署名

住所	電話番号	()
----	------	-----

氏名 [※] (自署)	被保険者との続柄 (本人) (配偶者) (父) (母) (子) (その他)
-------------------------	--

※原則、被保険者ご本人様をご記入ください。被保険者が未成年の場合や、亡くなられている場合などでご本人様が記入できないケースの記入方法については、別紙の「記入例」をご確認ください。

「同意書」記入例

本同意書は同意者をご記入ください。同意者となる方は下の  をご確認ください。

 **同意者としてご記入いただく方を必ずご確認ください。**

同意者は、原則ご病気やおケガをされた方(被保険者)です。

ただし、以下のケースに該当する場合は、ご病気やおケガをされた方(被保険者)以外の方となりますので、ご注意ください。

今回のご請求が以下のどのケースに該当するかご確認ください。		同意者としてご記入いただく方
ケース 1	被保険者がお亡くなりになった場合	被保険者のご遺族様
ケース 2	被保険者が未成年の場合や、後見人を選任されている場合	被保険者の親権者または後見人
ケース 3	被保険者が以下の事情等で、代理請求となる場合 ● 事故や病気などで意識不明の場合 ● 認知症などで意思表示ができない場合 ● 治療上のご都合で、ご本人ががんなどの病名や余命の告知をされず、ご家族のみが知っている場合	代理請求人

1 同意書の記入日

本同意書をご記入いただいた日付をご記入ください。

2 被保険者の氏名・生年月日

今回ご病気やおケガをされた方、お亡くなりになった方のお名前と生年月日をご記入ください。

3 同意者(※)の住所・署名

同意者の住所、電話番号、お名前、被保険者との続柄をご記入ください。

同意書

(個人情報の取扱・事実の確認等について)

※旧日本興亜生命保険株式会社契約は、「生命保険契約付保に関する規定」または「被保険者同意確認書」に読み替えます。

1 同意書の記入日

2024 年 2 月 1 日

2 被保険者の氏名・生年月日

被保険者名 (患者名)	ひまわり 太郎	生年月日	1970 年 6 月 7 日生
----------------	---------	------	-----------------

3 同意者(※)の住所・署名

住所 東京都千代田区霞が関 X-X-X 電話番号 03 (9999) 9999

氏名 (自署)	ひまわり 太郎	被保険者との続柄	本人 (配偶者) (父) (母) (子) (その他)
------------	---------	----------	----------------------------

※原則、被保険者ご本人様をご記入ください。被保険者が未成年の場合や、亡くなられている場合などでご本人様が記入できないケースの記入方法については、別紙の「記入例」をご確認ください。

訂正方法

ご記入誤りを訂正する場合は、修正箇所を二重線で消し、余白に修正後の内容をご記入ください。

被保険者名 (患者名)	ひまわり 太郎 ひまわり 花子	生年月日	1970 年 6 月 7 日生
----------------	-------------------------------	------	-----------------

医師・医療機関記入用

入院・手術・通院等証明書(診断書)

1. 氏名	カルテ番号()		男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日																										
2. 傷病	ア. 入院・手術等の原因(契機)となった傷病	傷病発生日			受診契機		第1回目の入院を指示した日																									
	イ. アの原因	年 月 日	(医師推定) (患者申告)	(自覚症状) (その他)			年 月 日																									
	ウ. 合併症	年 月 日	(医師推定) (患者申告)	健診日: 年 月 日			年 月 日																									
	エ. アの初診日	年 月 日	転帰	<input type="checkbox"/> 最終(治療・寛解) <input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 転院(入院) <input type="checkbox"/> 転院(通院) <input type="checkbox"/> 手術予定 <input type="checkbox"/> 放射線照射予定 <input type="checkbox"/> 中止																												
オ. 骨折治療の場合	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	骨折の部位																													
3. 前医・紹介医	(有) (無)	傷病名:	治療期間:	年 月 日 ~ 年 月 日	医療機関名:																											
4. 入院期間	医療保険届出病床での入院	(1) 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 現在入院中		(2) 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 現在入院中																										
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <small>※いずれかにチェックをしてください。</small>	(3) 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 現在入院中		(4回目以降)																											
上記のうち、公的医療保険制度が適用されない入院期間と理由		年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 自費(妊娠・分娩含む) <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> その他 ()																												
5. 手術・処置 <small>※診断・検査のみを目的とする手術は除きます。 ※手術種類、手術内容は別表から選択し、ご記入ください。</small>	手術種類	手術名 <small>※持続ドレーナージ等の処置もご記入ください。</small>	診療報酬点数区分	手術部位	手術日	手術の内容																										
	(1)		()	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	年 月 日	a.骨・関節	b.MP																									
	(2)		()	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	年 月 日	c.筋腱	d.血管																									
	(3回目以降)																															
手術種類⑩、⑰の場合、具体的な術式をご記入ください。																																
6. 放射線・温熱療法 <small>※内照射も含まれます。</small>	療法名	<input type="checkbox"/> 体外照射 <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> IMRT <input type="checkbox"/> 密封小線源		期間	年 月 日 ~ 年 月 日	総線量	(Gy) (Bq) (mCi)																									
	<input type="checkbox"/> 温熱療法 <input type="checkbox"/> その他 ()		区分	M - ()	部位																											
7. 先進医療	種類:	期間:	年 月 日 ~ 年 月 日	実施回数 (回)	技術料:	円																										
<small>患者が受療した先進医療の技術料のみご記入ください。</small>																																
8. 病理組織学的検査	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病理組織診断名					診断確定日	年 月 日																								
9. 悪性新生物 または 上皮内新生物 <small>※「医師による悪性診断確定日」は、病理の有無に関わらず悪性と診断確定した日をご記入ください。 ※「投薬(処方)期間」には服薬期間を、「月最初の投与日」には注射・点滴等による投与日をご記入ください。</small>	医師による悪性診断確定日	年 月 日	左記診断に係る検査	<input type="checkbox"/> 病理組織学的検査 <input type="checkbox"/> 細胞学的検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査		検査結果																										
	悪性新生物の性状	<input type="checkbox"/> 皮膚癌 <input type="checkbox"/> 上皮内癌(非浸潤癌) <input type="checkbox"/> 浸潤癌 <input type="checkbox"/> その他 ()		子宮頸部高度異形成の診断確定日		年 月 日																										
	悪性新生物の区分	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移	pTNM分類 T() N() M() 診断確定日 <input type="checkbox"/> 上記診断確定日と同じ <input type="checkbox"/> その他(年 月 日)	病名告知	本人: 年 月 日頃に病名()と告げた																											
	抗がん剤治療	投薬(処方)期間	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日																										
	ホルモン療法(健康保険適用)	月最初の投与日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日																								
	抗がん剤治療(上記以外)	投薬(処方)期間	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日																										
診断書記入日時点の現状		<input type="checkbox"/> 該当するものにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> がんを適応症として厚生労働大臣により承認されている抗がん剤を用いた治療 <input type="checkbox"/> 欧米で承認された抗がん剤を用いた治療																														
①治療中(手術療法、放射線療法、化学療法※、疼痛緩和療法) ※化学療法に免疫療法・ホルモン療法を含む																																
②上記①の治療終了(①の最終治療日: 年 月 日)																																
③上記①の治療なし(経過観察中を含む)																																
10. 急性心筋梗塞の場合	急性心筋梗塞の初診日からその日を含めて60日以上、労働制限を必要とする状態が継続しましたか？ (ここでいう労働制限とは、軽い家事等の軽労働や事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする場合をいいます。)					はい	いいえ																									
11. 脳卒中の場合	脳卒中の初診日からその日を含めて60日以上、言語障害、運動失調、麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続しましたか？					はい	いいえ																									
「はい」の場合、具体的な後遺症の症状をご記入ください。																																
12. 通院 <small>カレンダーに当該年月を記入し、今回の治療にともなう通院日(往診日を含む)を○で囲んでください。(入院日の記入は不要)</small>	診療年月	通院治療日(往診含む)																														
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
上記以降の通院年月日																																
病院(診療所)名・診療科	所在地					以上のとおり証明(診断)します。	年 月 日	当診断書料金																								
電話番号	医師名					印	金 _____ 円	※税込																								

SOMPOひまわり生命

入院・手術・通院等証明書(診断書)

ご記入いただくにあたってのお願い①

ご担当の先生へ:以下の記入上の留意点をご確認いただき、記入をお願いいたします。

項目		記入上の留意点																							
2	ア. 入院・手術等の原因(契機)となった傷病	<ul style="list-style-type: none"> ●原因となった傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。 ●「悪性新生物・上皮内新生物」、「急性心筋梗塞」、「脳卒中」の場合はそれぞれ9~11項にも記入してください。 ●原因となった傷病名(確定診断された場合は確定診断後の傷病名)と傷病の発生日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や事故(交通事故・転落等)があれば記入してください。 ●原因となった傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。 																							
	ウ. 合併症	<ul style="list-style-type: none"> ●該当する傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。 																							
	エ. アの初診日	<ul style="list-style-type: none"> ●貴院におけるアの傷病に関する最初の診察日を記入してください。 ●貴院他科での診察を含めて記入してください。 																							
	オ. 骨折治療の場合	<ul style="list-style-type: none"> ●アで骨折の治療をした場合、治療期間を記入してください。 ●骨折の治療部位を記入してください。 																							
3	前医・紹介医	<ul style="list-style-type: none"> ●アの前医または紹介医があれば、記入してください。ない場合は「無」に○を記入してください。 																							
4	入院期間	<ul style="list-style-type: none"> ●「医療保険届出病床」とは、医療法の規定に基づき許可を受けた病床の登録があることを指します。 ●「入院期間(1)~(3)」および「4回目以降」は、入院料を算定した期間を記入してください。 ●入院が1日の場合は、入院日と退院日に同日を記入してください。 ●「退院」「現在入院中」のいずれかに☑を記入してください。 ●公的医療保険が適用されない入院がある場合は、「自費(妊娠・分娩含む)・労災・自賠責・介護保険・その他」のいずれかに☑を記入してください。「その他」の場合は、具体的な理由を記入してください。 																							
5	手術名・手術日	<ul style="list-style-type: none"> ●診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術はすべて記入してください。「内視鏡的止血術」、「気管切開術」、「胃ろう造設術」等を行った場合も、もれなく記入してください。(ただし、診断・検査のみを目的とする手術は除きます。) ●診療報酬点数表において、一連の治療過程に連続して行い、「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄にすべての手術日を記入してください。 <p>例) 網膜光凝固術、体外衝撃波結石破碎術 など</p> <ul style="list-style-type: none"> ●コードの記入方法は、以下の例を参考にしてください。 <p>例) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="text-align: center;">K</td><td style="padding: 0 5px;">718</td><td style="padding: 0 5px;">-</td><td style="padding: 0 5px;">00</td><td style="padding: 0 5px;">(</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="padding: 0 5px;">)</td></tr></table></p>	K	718	-	00	(2)																
	K	718	-	00	(2)																		
	診療報酬点数区分	<ul style="list-style-type: none"> ●「K」か「J」のいずれかに○を記入してください。 																							
手術種類、手術の内容	<ul style="list-style-type: none"> ●「手術種類」には、以下別表より該当する手術の術式の番号を記入してください。 ●「手術の内容」には、以下別表よりa~fの項目のうち該当する項目に番号を記入してください。 <p>【別表】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●手術種類 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>①開頭術</td> <td>②穿頭術(新たな穿頭による)</td> <td>③穿頭術(既存の穿頭穴を使用)</td> <td>④開胸術</td> <td>⑤胸腔鏡</td> <td>⑥開腹術</td> </tr> <tr> <td>⑦腹腔鏡</td> <td>⑧経皮的(穿刺処置除く)</td> <td>⑨経尿道的</td> <td>⑩経腔的</td> <td>⑪眼科レーザー</td> <td>⑫カテーテルによる手術</td> </tr> <tr> <td>⑬膀胱鏡</td> <td>⑭子宮鏡</td> <td>⑮喉頭直達鏡</td> <td>⑯その他の内視鏡</td> <td>⑰その他</td> <td></td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ●手術の内容 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> a. 骨・関節に対する手術の場合 ①観血 ②非観血 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> b. 手指・足指に対する手術の場合、MP関節より ①中枢 ②関節上 ③末梢 </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> c. 筋・腱・靭帯へ操作が ①及び ②及ばない </td> <td style="vertical-align: top;"> d. 血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在 ①上腕、大腿動静脈より遠位 ②四肢以外(中枢側) </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> e. 植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積 ①25cm²以上 ②25cm²未満 </td> <td style="vertical-align: top;"> f. 水頭症に対するシャント手術の場合 ①VP ②VA ③LP </td> </tr> </table>	①開頭術	②穿頭術(新たな穿頭による)	③穿頭術(既存の穿頭穴を使用)	④開胸術	⑤胸腔鏡	⑥開腹術	⑦腹腔鏡	⑧経皮的(穿刺処置除く)	⑨経尿道的	⑩経腔的	⑪眼科レーザー	⑫カテーテルによる手術	⑬膀胱鏡	⑭子宮鏡	⑮喉頭直達鏡	⑯その他の内視鏡	⑰その他		a. 骨・関節に対する手術の場合 ①観血 ②非観血	b. 手指・足指に対する手術の場合、MP関節より ①中枢 ②関節上 ③末梢	c. 筋・腱・靭帯へ操作が ①及び ②及ばない	d. 血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在 ①上腕、大腿動静脈より遠位 ②四肢以外(中枢側)	e. 植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積 ①25cm ² 以上 ②25cm ² 未満	f. 水頭症に対するシャント手術の場合 ①VP ②VA ③LP
①開頭術	②穿頭術(新たな穿頭による)	③穿頭術(既存の穿頭穴を使用)	④開胸術	⑤胸腔鏡	⑥開腹術																				
⑦腹腔鏡	⑧経皮的(穿刺処置除く)	⑨経尿道的	⑩経腔的	⑪眼科レーザー	⑫カテーテルによる手術																				
⑬膀胱鏡	⑭子宮鏡	⑮喉頭直達鏡	⑯その他の内視鏡	⑰その他																					
a. 骨・関節に対する手術の場合 ①観血 ②非観血	b. 手指・足指に対する手術の場合、MP関節より ①中枢 ②関節上 ③末梢																								
c. 筋・腱・靭帯へ操作が ①及び ②及ばない	d. 血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在 ①上腕、大腿動静脈より遠位 ②四肢以外(中枢側)																								
e. 植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積 ①25cm ² 以上 ②25cm ² 未満	f. 水頭症に対するシャント手術の場合 ①VP ②VA ③LP																								

ご記入いただくにあたってのお願い②

ご担当の先生へ:以下の記入上の留意点をご確認いただき、記入をお願いいたします。

項目		記入上の留意点	
6	放射線・温熱療法	<ul style="list-style-type: none"> ●照射中の場合は、療法名、期間、部位、総線量などを照射済みの範囲で記入してください。 ●「グレイ」、「Bq」、「mci」のいずれかに○を記入してください。 	
7	先進医療	<ul style="list-style-type: none"> ●公的医療保険制度に基づく評価療養のうち、厚生労働大臣が定める先進医療(先進医療ごとに厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所において行われるものに限る)のことをいいます。 ●実施回数が複数回の場合は、技術料を分けて記入してください。 ●療養を受けた日現在に、公的医療保険制度に定められる「療養の給付」に関する規定において給付対象となっている療養は除きます。 	
8	病理組織学的検査	<ul style="list-style-type: none"> ●病理組織学的検査の実施有無を記入してください。検査有の場合、病理組織診断名、診断確定日を記入してください。 	
9	悪性新生物または上皮内新生物の場合	医師による悪性診断確定日	<ul style="list-style-type: none"> ●病理組織学的所見(剖検、生検)、細胞学的所見、理学的所見(X線、内視鏡等)、臨床学的所見および手術所見より悪性新生物または上皮内新生物と診断確定した日付を記入してください。
		左記診断に係る検査	<ul style="list-style-type: none"> ●悪性診断確定にあたり実施した検査に☑を記入してください。 ●「その他」の場合は、具体的な検査内容を記入してください。
		悪性新生物の性状	<ul style="list-style-type: none"> ●該当する項目に☑を記入してください。
		子宮頸部高度異形成の診断確定日	<ul style="list-style-type: none"> ●診断確定日を記入してください。
		悪性新生物の区分	<ul style="list-style-type: none"> ●該当する項目に☑を記入してください。 ●手術をされている場合は、病理組織診断判明後のTNM分類を記入してください。
		病名告知	<ul style="list-style-type: none"> ●患者ご本人への病名告知がある場合は、告知日と告知した病名を記入してください。 ●悪性新生物または上皮内新生物の場合は必ずご記入ください。
		抗がん剤治療 ホルモン療法	<ul style="list-style-type: none"> ●抗がん剤治療、ホルモン療法の実施日(服薬の場合は投薬(処方)期間、注射・点滴等の場合は投与日)を記入してください。なお、同月に複数回の投与がある場合は、その月の最初の投与日を記入してください。 <p><参考></p> <ul style="list-style-type: none"> ・抗がん剤とは、抗がん剤治療を受けた時点において、世界保健機関の解剖治療化学分類法による医薬品分類のうち、L01(抗悪性腫瘍薬)、L02(内分泌療法)、L03(免疫賦活薬)、L04(免疫抑制薬)、V10(治療用放射性医薬品)に分類される薬剤をいいます。 ・患者申出療養とは、厚生労働大臣が定める患者申出療養(厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所であって、当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められたものにおいて行われるものに限ります。)をいいます。ただし、抗がん剤治療を受けた日現在で公的医療保険制度の給付対象となっている抗がん剤治療は除きます。 ・がんを適応症として厚生労働大臣により承認されている抗がん剤とは、厚生労働大臣による製造販売の承認時に、被保険者が診断確定されたがんの治療に対する効能または効果が認められたものに限ります。 ・欧米で承認された抗がん剤とは、抗がん剤治療を受けた時点において、米国または欧州において承認されたものであり、かつ、世界保健機関の解剖治療化学分類法による医薬品分類のうちL01(抗悪性腫瘍薬)、L02(内分泌療法)、L03(免疫賦活薬)、L04(免疫抑制薬)、V10(治療用放射性医薬品)に分類される薬剤をいいます。
診断書記入日 時点の現状	<ul style="list-style-type: none"> ●本診断書記入時点での悪性新生物に対する治療の現状について、①～③の中から該当するものに○を記入してください。 <p><参考></p> <p>「手術療法」……器具を用い、生体に切断、摘除などの操作を加えることにより、がんの全部または一部を消滅させることを目的とした治療(温熱療法を含みます。)をいいます。</p> <p>「放射線療法」……がん放射線を照射することにより、がんを破壊またはがんの発育・増殖を抑制することを目的とした治療法をいいます。</p> <p>「化学療法」……がんを適応症として定めている薬剤を投与することにより、がんを破壊またはがんの発育・増殖を抑制することを目的とした治療法(細胞免疫療法、ワクチン療法を含みます。)をいいます。</p> <p>「疼痛緩和療法」…薬剤の投与または処置により、がん性疼痛を緩和することを目的とした治療法をいいます。</p>		
10	急性心筋梗塞の場合	<ul style="list-style-type: none"> ●急性心筋梗塞で初診日から60日経過している場合は「はい」、「いいえ」のいずれかに必ず○を記入してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ●証明日時点で60日経過していない場合は、後日証明をお願いする場合がございます。
11	脳卒中の場合	<ul style="list-style-type: none"> ●脳卒中で初診日から60日経過している場合は「はい」、「いいえ」のいずれかに必ず○を記入してください。 	
12	通院	<ul style="list-style-type: none"> ●今回の治療にともなう貴院の通院日(往診日を含む)にもれなく○を記入してください。 ●治療をともなわない薬剤の購入、受取のみの通院や通院予定日は含みません。 	

事故状況報告書

記入日 令和 年 月 日

受取人（請求権者）氏名

親権者または後見人

被保険者名 (受傷者名)		(男) (女)	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
受傷の日時	年 月 日	午前	午後	時	分頃
受傷の場所					
受傷の 原因・状況	※おケガをされた時の原因、状況をできるだけ詳細にご記入ください。				

交通事故の場合には、下欄にもご記入ください。

<事故の場合> ※全項目をご記入ください	運転中・同乗中・歩行中・その他 ()	飲酒 無・有
	警察への届出 無・有 有の場合→	署へ提出
<自動車・バイクを 運転中の場合> ※全項目をご記入ください	{免許証番号}	
	{免許証種類} 大型 中型 普通 大自二 普自二 原付 その他 ()	
	{免許証有効期限} 年 月 日	

SOMPOひまわり生命保険株式会社

保険金 19.10 (891435)

記入例

事故状況報告書

記入日 令和 元年 10 月 1 日

受取人（請求権者）氏名

ひまわり 太郎

親権者または後見人

被保険者名 (受傷者名)	ひまわり 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	45年 6月 7日
受傷の日時	令和 元年 9月 15日	<input type="radio"/> 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後	1時 50分頃		
受傷の場所	東京都中央区京橋3-30				
受傷の 原因・状況	※おケガをされた時の原因、状況をできるだけ詳細にご記入ください。 銀座方面にむかって普通乗用車を運転中に左脇道より一旦停止せずに出てきた相手方の小型トラックに衝突されたため、頭部を強打した。				

交通事故の場合には、下欄にもご記入ください。

<事故の場合> ※全項目をご記入ください	<input checked="" type="radio"/> 運転中・ <input type="radio"/> 同乗中・ <input type="radio"/> 歩行中・ <input type="radio"/> その他()	飲酒 <input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有
	警察への届出 <input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 有の場合→	中央 署へ提出
<自動車・バイクを 運転中の場合> ※全項目をご記入ください	{免許証番号} 101011223344	
	{免許証種類} <input type="radio"/> 大型 <input type="radio"/> 中型 <input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 大自二 <input type="radio"/> 普自二 <input type="radio"/> 原付 <input type="radio"/> その他()	
	{免許証有効期限} 令和 2年 7月 7日	

SOMPOひまわり生命保険株式会社

保険金 19.10 (891439)

封筒貼付用あて先用紙

<長3封筒用>

- ①このPDFファイルをA4サイズで印刷してください。
- ②点線にそって右の「封筒貼付用あて先用紙」を切り取ってください。
- ③切り取った「封筒貼付用あて先用紙」にお客さまのご住所とお名前を記入し、封筒のおもて面にはがれないように貼り付けてください。
- ④必要な書類を封筒に入れ、しっかりと閉封してください。
- ⑤ポストへ投函してください。切手の貼り付けは不要です。

<ご郵送いただける郵便の種類> 第一種郵便物（長3封筒）

横10m

キリトリ線 ✂



料金受取人払郵便

赤坂局承認

7615

差出有効期間
2025年11月
30日まで

107-8780

312

(定形郵便物)

(受取人)
日本郵便株式会社
赤坂郵便局 私書箱第28号

SOMPOひまわり生命保険株式会社

保険金サービス部 行

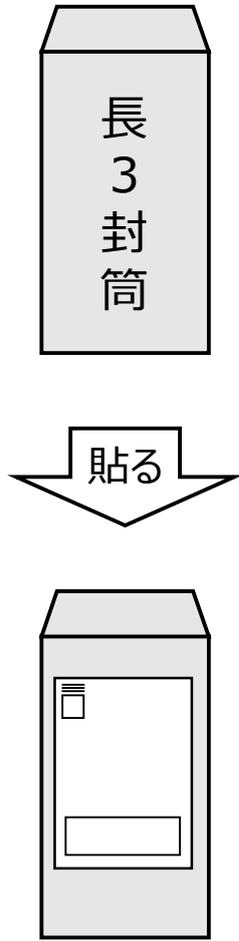


保険金・給付金等請求専用
(カスタマーセンター)

キリトリ線 ✂

〒	
差出人 ご住所	
お名前	

縦14cm



封筒貼付用あて先用紙

<角2封筒用>

- ①このPDFファイルをA4サイズで印刷してください。
- ②点線にそって右の「封筒貼付用あて先用紙」を切り取ってください。
- ③切り取った「封筒貼付用あて先用紙」にお客さまのご住所とお名前を記入し、角2封筒のおもて面の左上に合わせて、はがれないように貼り付けてください。
- ④必要な書類を封筒に入れ、しっかりと閉封してください。
- ⑤ポストへ投函してください。切手の貼り付けは不要です。

<ご郵送いただける郵便の種類> 第一種郵便物（角2封筒）

横10m

キリトリ線 ✂

料金受取人払郵便

赤坂局承認

7616

差出有効期間
2025年11月
30日まで

107-8780
312
(定形外郵便物)

(受取人)
日本郵便株式会社
赤坂郵便局 私書箱第28号

キリトリ線 ✂

SOMPOひまわり生命保険株式会社
保険金サービス部 行

保険金・給付金等請求専用
(カスタマーセンター)

差出人	〒
ご住所	
お名前	

縦14cm

