

医療特約 ご請求手続に関するご案内

このたびのご病気につきましては、心よりお見舞い申し上げます。
ご請求にあたっての必要書類につきましてご案内致します。

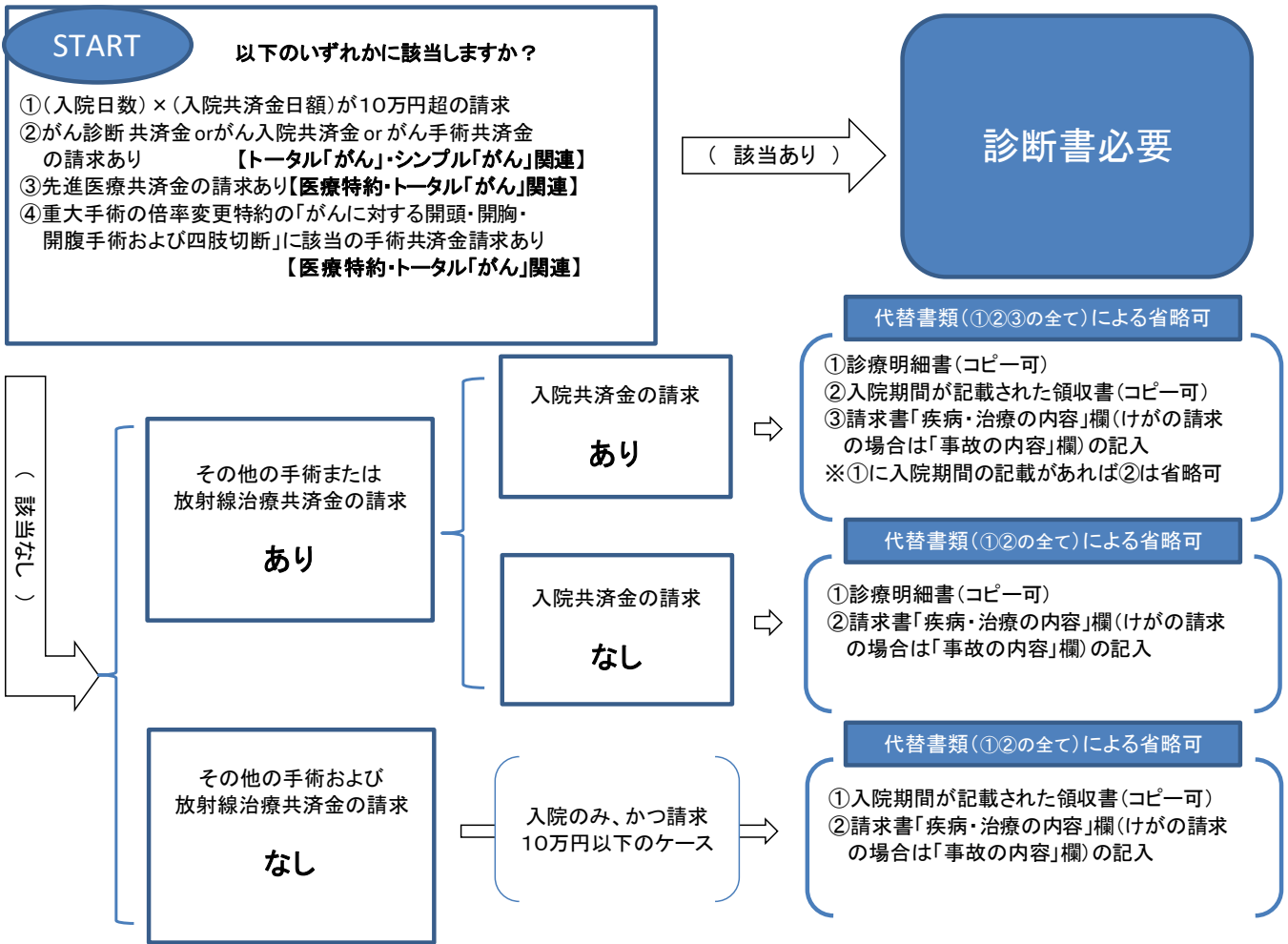
書類名	書類のご説明
<p>共済金・保険金請求書 (医療特約、トータル・シンプル がんプラン兼用様式)</p>	<p>● 共済金(保険金)請求者は、被共済者ご本人となります。また、あらかじめ受取人の指定などはできません。共済金(保険金)請求者ご自身にてご記入・ご捺印(認印可)ください。尚、代理請求の制度がありますが詳細は下記を参照下さい。</p> <p>(代理請求について)</p> <p>被共済者に共済金(保険金)を請求できない事情がある場合で、かつ共済金(保険金)の支払を受けるべき被共済者の代理人(法的手続きに基づく代理人をいう)がない場合には、以下に掲げる者のいずれかがその事情を示す書類をもってその事実を本会に申し出て本会の承認を得た上で被共済者の代理人として、共済金(保険金)を請求することができます。</p> <p>① 被共済者と同居または生計を共にする配偶者(法律上の配偶者に限る)</p> <p>② ①に規定する者がいない場合または①に規定する者に共済金(保険金)を請求できない事情がある場合には、被共済者と同居または生計を共にする3親等内の親族</p> <p>③ ①および②に規定する者がいない場合または①および②に規定する者に共済金(保険金)を請求できない事情がある場合には、①以外の配偶者(法律上の配偶者に限る)または②以外の3親等内の親族</p>
<p>診断書 (同上兼用様式)</p> <p>または</p> <p>治療内容・入院期間等が 確認できる書類 例: 診療明細書・領収書 ・退院証明書等 (コピー可)</p>	<p>● ① (入院日数)×(入院共済金日額)が10万円超の場合 ② 先進医療特約のご請求がある場合 ③ 重大手術の倍率変更特約の「がんに対する開頭・開胸・開腹手術 および四肢切断術」に該当する手術共済金・保険金のご請求がある場合</p> <p>には、お医者様に全国連(東京海上日動)所定の診断書をご記入いただいた上で、ご提出下さい。診断書料は共済金のお支払の対象となりませんので、予めご了承ください。 全国連(東京海上日動)所定と異なる診断書をお取付済みの場合にはそのコピーで受付させていただくことも可能です。尚、必要と判断する事項に関して記載がない場合には、改めて所定の診断書をご提出いただくか、本会にて医療機関に必要事項を確認させて頂くことがございますので予めご承知おき下さい。</p> <p>● <u>上記①～③以外のご請求の場合</u> ご請求の内容によっては、代替書類の提出により診断書に代えることができます。 詳細については本ご案内2枚目「(診断書省略の基準)」をご参照ください。</p>
<p>同意書 (同上兼用様式)</p>	<p>● 全国連(東京海上日動)が医療機関に照会する場合には必要となりますので、必要事項をご記入の上、被共済者様ご自身(未成年の場合は親権者、重篤な病状等でご本人が記載できない場合には親族等)のご署名・ご捺印(認印可)をお願い致します。</p> <p>● 医療機関、診療科目ごとに必要となります。同意書のご提出を追加でお願いする場合がございますので、予めご承知おき下さい。</p>

(2013.11 改)

上記書類のほか、全国連(東京海上日動)が特に必要とする書類の提出を共済金(保険金)請求者に依頼する場合があります。

ご傷病について内容の確認

●ご提出いただいた診断書について、必要に応じて、被共済者ご本人様、受診された医療機関、以前にかかられていた医療機関等に、内容を確認させていただくことがございます。この場合には関係各所への確認に際し、約2ヶ月程度のお時間がかかる場合がございますので、予めご承知おきくださいますようお願い申し上げます。



注)上記は原則であり、図中省略可となっても必要に応じて、診断書の提出をお願いする場合があります。

【診療明細書とは】

診療明細書は医療費を支払った際に領収書のほか無料で発行されるものです。

「明細書」には、検査、処置、手術、注射、投薬、リハビリなどの個々の診療内容の正式名称が、単価や数量と共に記載されています。2010年4月以降、医療費の内容がわかる領収書及び個別の診療報酬の算定額がわかる「明細書」をすべての患者に発行することが、保険医療機関と保険薬局に義務付けられています。

診療明細書はこういうものです。
名称・形式は医療機関によって異なりますが、医療費を支払った際に無料で発行されます。

診療明細書

入院		保険	
患者番号	氏名	受診日	YYYY/MM/DD
受診科	OO OO様		
区分	項目名	点数	回数
診断群分類(DPC)	*DPC 5日間包括算定	13844	1
医薬品	*フロモックス錠100mg ピフダー *点滴注射 ラクテックG注500mL ブスコパン注射液 フルマリン静注用1g 生食100mL *点滴注射 フルマリン静注用1g 生食100mL		
検査	*末梢血液一般検査 *CRP定量 *血液採取(静脈) *血液学的検査判断料 *免疫学的検査判断料		

全国商工会連合会 会員サービス部 御中

20 年 月 日

全国連使用欄
受付番号

商工会名:

担 当:

電 話: ()

該当する請求書類にチェック下さい
両方なら両方にチェック下さい

<input type="checkbox"/> 医療特約
<input type="checkbox"/> 「トータルがん」(がん重点補償)
<input type="checkbox"/> 「シンプルがん」

医療特約・トータルがん・シンプルがん 事故連絡票

県 名	加入者名		商工会名	商 工 会	
カナ	契約者番号				
	被共済者コード				
	被共済者名		加入日(ご請求種目の加入日)		
カナ	20 年 月 1 日				
生年月日	(西暦)	年 月 日生 満 歳	性別	□男 □女	
入院(手術)原因	□疾病(がん以外) □がん □傷害		傷病名		
病状 ・ 事故状況	発病日	20 年 月 日	診断確定日 (がんのみ)	20 年 月 日	
	初診日	20 年 月 日	病院名	TEL:	
	病状・事故状況(病院へ行かれるまでの経緯をご記入下さい)				
入院期間 (1日入院を含む)	①20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (確定・見込み)		病院名		
	TEL				
手術の内容	②20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (確定・見込み)		病院名		
	TEL				
手術の内容	□無 □有 (有の場合下段に内容を記入して下さい)				
	①手術日: 20 年 月 日 手術名:				
②手術日: 20 年 月 日 手術名:					
注意事項 特記事項					

県連
20 年 月 日

全国連
20 年 月 日

東京海上日動
20 年 月 日

(備考)

全国商工会 会員福祉共済 医療特約・トータルがんプラン・シンプルがんプラン 共済金・保険金請求書

全国商工会連合会 東京海上日動火災保険株式会社 御中

* 請求者は被共済者ご自身になります。被共済者ご自身がご記入・ご捺印下さい。

記入日 20 年 月 日

下記の内容が事実と相違ないことを確認し、個人情報の取扱に関するご案内の内容について同意し、共済金・保険金を請求しますので、下記口座にお振込みください。

【ご注意】全国商工会連合会は以下全国連、東京海上日動火災保険株式会社は以下東京海上日動、都道府県連合会及び市町村商工会は以下傘下団体、と略します。

* 本医療特約・トータルがんプラン・シンプルがんプランの補償額の一部は東京海上日動の医療保険又はがん保険の単独あるいは両方で引受を行っております。

* ご請求書類をご提出いただいた後、共済金・保険金のお支払までの調査・確認は東京海上日動で行います。

* 共済金・保険金の支払は口座振込となり、振込先は原則として被共済者の口座とします。

<重要事項>

1. 全国連・東京海上日動が、本請求に関する個人情報(*)を、共済・保険引受の判断、本請求への対応(関係先への照会等事実関係の調査や関係する損害保険について保険会社間や東京海上日動グループ内での確認を含みます。)、共済金・保険金の支払および各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用すること、また、本請求に関する医療情報を共済金・保険金支払のために必要な範囲で使用・取得・利用することに同意します。

2. 全国連が適正な共済金の支払を行うために東京海上日動が受領した医療情報および保険金支払に関する判定の結果を全国連に提供すること、また、その情報を全国連が被共済者への説明等のために傘下団体に提供することに同意します。

3. 傘下団体が、会員の確認、加入者からの照会・応答、共済引受の判断、本請求への対応および各種情報・サービスの提供に利用するために、全国連・東京海上日動がご請求に関する個人情報(*)を傘下団体に提供すること、また本請求への対応のために、傘下団体が、本事故に関する個人情報を全国連・東京海上日動に提供することに同意します。

4. 本請求に関する共済金と保険金を全国連より一括受領するため、当該保険金を全国連に支払うことに同意します。

(*)被共済者(共済の対象となる方)の治療内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報、および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報を含みます。

請求種類 (該当種類にチェック下さい。両方なら両方にチェック下さい)

- 医療特約
トータルがんプラン(「がん」重点補償)
シンプルがんプラン

上記□にチェックの後、下記欄に加入者名・契約者番号・被共済者コードをご記入下さい。

(※被共済者は同じだが、加入者が例えば一つは法人一つは個人、と言ったケースも考えられます。この様なケースには2つともご記入下さい)

加入者名、契約者番号、被共済者コードの記入欄

被共済者 共済金保険金請求者
フリガナ住所、生年月日、加入者との関係、親権者、代理請求者

受取口座
金融機関コード、支店コード、口座番号、口座名義、フリガナ

受付番号、県名(香川県)、商工会名(全国連)、システム、印

(13.10改) 東京海上日動、印

入院・手術・証明書(診断書)

全国商工会連合会 宛
東京海上日動火災保険株式会社 宛

医療特約・トータルがん・シンプルがん用
※医療機関へこのままご提出してください。

1. 氏名		フリガナ	カルテ番号	男 女	生年月日	年 月 日					
2. 傷病名	ア. 入院(手術)の原因となった傷病名	ICD-10 () ICD-O-3 ()	症状出現または検査指摘時期								
	イ. 上記ア.の原因		年 月 日(頃)	医師推定	患者申告						
	ウ. 合併症併存疾患	入院の必要性: (無) (有) 必要な期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 上記ア.との関連性 (無) (有)	年 月 日(頃)	医師推定	患者申告						
3. 新生物(異形成を含む)の場合	ア. 告知	(本人) (家族に) 年 月 日頃 病名()を()に()告げていない									
	イ. 診断確定日	年 月 日	工. 該当区分	(原発) (再発) (転移)							
	ウ. 状態	(治療中) (経過観察中(寛解状態)) (治癒)	(再発・転移の場合) 治療によりがんが認められなかった期間	(有) () (年 月 日 ~ 年 月 日) (無)							
	オ. 性状	(上皮内新生物(上皮内癌・非浸潤癌)) (それ以外)	カ. 大腸がんの場合	深達度: M / SM以深							
	キ. 診断確定までに行われた検査項目および検査結果										
	検査項目		検査結果判定日	検査結果	TNM分類						
病理組織学的検査				T() N() M()							
細胞学的検査				ステージ分類: (I)・(II)・(III)・(IV)							
()検査				IVの場合の判断根拠							
4. 既往症	ア. 悪性新生物	(有) (無)	傷病名:	医療機関名	治療期間	年 月 日					
	イ. 上記以外	(有) (無)	傷病名:	医療機関名	治療期間	年 月 日					
5. 前医・紹介医	(有) (無)	医療機関名:	初診日	年 月 日(頃)							
6. 診療期間	初診日	年 月 日	入院手術が決定した日	年 月 日							
7. 入院期間 入院期間を全てご記入ください。	1回目	年 月 日 ~ 年 月 日	当院 入院中	他院 転入院	退院	(その他)					
	2回目	年 月 日 ~ 年 月 日	当院 入院中	他院 転入院	退院	(その他)					
※3回目以降の入院がある場合は、以下にご記入ください。											
○腹腔・胸腔ドレナージ、ステント交換術、ポート留置等を含みます。 ○一連の治療過程に連続して試行し、診療報酬点数表で手術料が1回のみ算定の手術は、同一手術欄にすべての手術日をご記入ください。 1.開頭術 2.穿頭術 3.開胸術(開心術) 4.胸腔鏡下手術 5.開腹術 6.腹腔鏡下手術 7.経尿道的 8.経腔的 9.ファイバースコープまたはカテーテルによる治療 10.レーザーによる手術 11.衝撃波 12.その他() ↓下記「種類」欄には、上記1~12のいずれかの番号をご記入ください。											
8. 手術	種類	手術コード	手術名	手術日	左右の別	骨・関節に対する治療の場合	筋・腱・靭帯の切断・切開縫合を	手指・足指の場合、MP関節を含め手術野が中極側に	口腔手術の場合、顎骨を	植皮術・皮弁形成術の場合の面積が	臓器摘出の範囲
		K-		年 月 日	(左) (右)	(観血) (非観血)	(伴う) (伴わない)	(及ぶ) (及ばない)	(削った) (削らず)	(25cm以上) (25cm未満)	(全摘) (一部)
※3回目以降の手術がある場合は、診療報酬点数区分・手術種類・手術内容・手術日等をご記入ください。											
9. 新生物に対する放射線治療および温熱療法(アイソトープ含む)	区分コード	治療内容	実施期間	総線量	状況						
			年 月 日 ~ 年 月 日	Gy	(照射予定) (照射中) (完了)						
10. 先進医療(左右実施の場合はそれぞれご記入ください)	(有) (無)	技術名	実施日	技術料	円						
			年 月 日		円						

お願い①
お願い②
訂正がある場合、必ず証明印による訂正印を押し印してください。記入欄が足りない場合は、余白または別紙にご記入をお願いします。

上記の通り証明します。 証明日 20 年 月 日 (21.11 改)

医療機関 病院(診療所)所在地
病院(診療所)名称・診療科
電話番号
医師名



同意書(医療機関等照会用)

医療機関名： 御中

20 年 月 日

主治医様

私は、貴方様が市町村商工会・都道府県商工会連合会・全国商工会連合会（以下「全国連」）またはその指名する者（全国連と保険契約を締結している東京海上日動火災保険株式会社またはその指名する者等）に対して、共済契約及び保険契約の存続ならびに以下に記載する傷病者の被った損害の額または共済金及び保険金の適正な算定等のために、以下に記載する事項を行うことについて同意します。

- ① 傷病に関する診断書・診療報酬明細書・その他の証明書を提供すること。
- ② 傷病の原因・症状・既往症・治療内容等について説明すること。
- ③ 傷病・既往症に関する診療記録・検査資料を貸し出すこと、または写し（診療記録・検査資料の撮影を含む）を提供すること。

市町村商工会・都道府県商工会連合会・全国連・東京海上日動火災保険(株) 宛

1. 私は貴社または貴社が指名する者が、上記医療機関に対し以下に記載する傷病者の傷病に関する照会を行うにあたって、以下に記載する傷病者の個人情報を提供することについて同意します。
2. 私は貴社またはその指名する者が、共済契約及び保険契約の存続および保険金の支払いをするために必要な範囲で、以下に記載する傷病者の傷病に関する治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報を取得・利用することに同意します。

住 所			
傷病者氏名	(印)		
生年月日	(西暦)	年	月 日
診察券番号			

傷病者との関係	住 所		
	<input type="checkbox"/> 親権者	(印)	
	<input type="checkbox"/> その他	関 係	(印)

○ 太枠線内には、傷病者ご本人のご署名・ご捺印をお願いします。 (21.11 改)

※傷病者が未成年の場合は、太枠線内傷病者氏名欄は記名のみ（捺印は不要）とし、親権者欄に「レ」点を記し、親権者のご署名・ご捺印をお願いいたします。

※傷病者ご本人が、事情によりご本人にて記載できないため関係者が記載される場合は、太枠線内傷病者氏名欄は記名のみ（捺印は不要）とし、その他欄に「レ」点を記し、関係者のご署名・ご捺印をお願いいたします。