

# 入院・手術・退院・通院 証明書（診断書）

楽天生命保険株式会社 御中

1. 氏 名		(カルテ番号)										性別	男女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日																	
傷病名（ICD-10コード）をご記入ください。																	傷病発生年月日 いずれかに○印をしてください。																
2. 傷病	ア. 入院・手術等の原因 （契機）となった傷病名		入院・手術等の原因（契機）となった傷病名を記入ください。										年 月 日（医師推定 ・ 患者申告）																				
			( )																														
	イ. ア の 原 因		アの原因となった傷病名や事故を記入ください。										年 月 日（医師推定 ・ 患者申告） ※妊娠の場合、妊娠判明日 年 月 日																				
			( )																														
	ウ. ア、イ以外の傷病		ア、イ以外の入院加療の必要があった傷病（合併症）があれば記入してください。										年 月 日（医師推定 ・ 患者申告） ウ. の入院中の治療期間 ( 年 月 日～ 年 月 日 )																				
( )																																	
ア. の初診日からの治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日 ( 終 診 ・ 転 院 ・ 現 在 加 療 中 )																															
3. 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											
4. 既往症・持病	<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											
5. 検査所見・病名告知等	他覚所見の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし										請求意思能力の有無										<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし										
	悪性新生物・ 上皮内新生物 の 場 合		本人に告げた病名										告知した相手										<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )										
			最終病理組織診断名										診断確定日										年 月 日										
			TNM分類		T ( ) N ( ) M ( )										種類		<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> その他 ( )																
6. 入院	入院期間		第1回目 年 月 日 ～ 年 月 日 ( 退 院 ・ 入 院 中 ・ 転 科 ・ 転 院 )																														
			第2回目 年 月 日 ～ 年 月 日 ( 退 院 ・ 入 院 中 ・ 転 科 ・ 転 院 )																														
			第3回目 年 月 日 ～ 年 月 日 ( 退 院 ・ 入 院 中 ・ 転 科 ・ 転 院 )																														
			※分娩に伴う場合には健康保険の非適用期間 年 月 日～ 年 月 日 ( 日 間 )																														
7. 通院	通院期間（通院日に○をお願いします。治療措置を伴わない薬剤または治療材料の購入・受取のみの通院日は含めないで下さい。）																										合計						
	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	日
	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	日
	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	日
	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	日
8. 手術	手術種類	ア. 開頭術		イ. 穿頭術		ウ. 開胸術		エ. 胸腔鏡下		オ. 開腹術		手術内容	筋骨関係手術の場合										①観血 ②非観血										
		カ. 腹腔鏡下		キ. ファイバースコープまたは血管ハスケットカテーテル手術										手指・足指の場合、MP関節含めて中枢側に										③及ぶ ④及ばない									
		ク. 経皮的		ケ. 経尿道的		コ. 経腔的		サ. 眼科レーザー		口腔内の手術の場合、顎骨に										⑤及ぶ ⑥及ばない													
		シ. その他 ( )											植皮術または皮弁術の場合										⑦25c㎡以上 ⑧25c㎡未満										
	手術名 (ドレナージ等の処置も記入ください。)										診療報酬点数表の 区分番号		手術種類 ア～シから選択		上記手術内容に該当する場合、①から⑧を選択		手術部位		手術日														
	第1回										K・J-						左・右・両側		年 月 日														
	第2回										K・J-						左・右・両側		年 月 日														
第3回以降										K・J-						左・右・両側		年 月 日															
9. 放射線・温熱療法	<input type="checkbox"/> 放射線照射 ・ <input type="checkbox"/> 温熱療法 診療報酬点数表の区分番号 M										部 位		期 間		開始 年 月 日 終了 年 月 日		放射線 総線量		グレイ														
10. 先進医療	種類											先進医療にかかる技術料のうち自己負担金額 円 × 回										実施日		年 月 日 年 月 日									
11. 補足・追加	検査内容・検査結果・治療内容・経過等について補足・追加事項があればご記入ください。																																
上記のとおり証明します。																																	
所 在 地 ( T E L ) 病院または診療所の 名 称 医 師 氏 名																																	

印

お願い 原本の複写またはコピーの場合はそれぞれに押印してください。訂正の場合、必ず証明印による訂正印をお願いします。

L I A J 061-A 01-201304

(610-981-05-1304)

## 個人情報の取扱について

下記事項を必ずご確認のうえご請求いただきますようお願い申し上げます。

### 1. 個人情報の利用目的

当社は、お預かりしている個人情報を、次の目的のために利用し、特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えた取扱いを行いません。また、そのための必要な措置を講じます。

(1) 各種保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い (2) 当社事業の情報提供、運営管理、商品・サービス等のご案内・提供、維持管理、開発・充実 (3) その他上記業務に関連・付随する業務

保健医療情報などの機微（センシティブ）情報は、「保険業法施行規則第 53 条の 10」および「金融分野における個人情報に関するガイドライン第 6 条」により、保険事業の適切な業務運営を確保する必要性から、お客様等の同意に基づき業務遂行上必要な範囲で利用するなど、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されており、当社は限定されている目的以外で機微（センシティブ）情報（既に取得している機微（センシティブ）情報を含みます。）の利用はいたしません。

### 2. 個人情報の第三者への提供

当社は、次の場合を除き、取得した個人情報（機微（センシティブ）情報を含みます。）を第三者に開示、提供を行いません。

(1) 法令に基づく場合 (2) ご本人が同意されている場合 (3) ご本人または公共の利益のために必要であると考えられる場合 (4) 法令により要請され、かつ当社が開示を妥当だと判断した場合 (5) 再保険の手続きをする場合 (6) 利用目的の達成に必要な範囲内で業務の一部を委託・共同利用する場合 (7) 個人情報保護法により、ご本人の同意を得ずに提供が認められている場合

#### 【再保険会社への提供について】

(第三者に提供する目的)

当社の引受リスクの分散のため、再保険会社における保険契約の引き受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払いに関する利用を目的とします。

(提供する個人情報の項目)

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、健康状態に関する情報、保険金受取人氏名・住所、診断書類など業務遂行に必要な個人情報

#### 【契約者・被保険者・受取人が別人の際のそれぞれへの提供】

当社は、契約者・被保険者・受取人がそれぞれ異なる保険契約の場合には、利用目的達成に必要な範囲で、各々の氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する個人情報および機微（センシティブ）情報をそれぞれの方に提供することがあります。

### 3. 個人情報取扱の委託

当社は、利用目的の達成に必要な範囲内で、個人情報に関する取扱いを第三者へ委託することがあります。委託する場合には、委託先の選定基準を定め、あらかじめ委託先の情報管理体制を確認するなど委託先に対する必要かつ適切な監督を行います。

### 4. 事実の確認について

ご提出いただきましたご請求書類にて、保険金・給付金・共済金等のお支払、ご契約のご継続・維持管理等の判断をいたしかねるときには、ご契約のしおり・約款に基づき、事実の確認をさせていただく場合がございます。

その場合、当社は利用目的の達成に必要な範囲内で業務委託先（保険代理店・確認会社等を含む）、医師、医療機関、契約者、被保険者、受取人、保険金給付金等の請求・支払に関する関係先等に対し、ご請求書類等または請求対象者の個人情報を提供することがあります。

また、当社および当社が委託する者が、医師・医療機関またはその他関係機関等に請求対象者に関するすべての疾病・傷病の記録を開示・提供を求めることがあります。

なお、事実の確認をする場合には、お支払等の決定までにお時間がかかる場合があります。

### 5. 支払査定時照会制度・契約内容登録制度・契約内容照会制度の利用について

当社は、社団法人生命保険協会、社団法人生命保険協会加盟の他の各生命保険会社等とともに、所定の情報（被保険者、死亡保険金額、入院給付金額等）を社団法人生命保険協会に登録し、利用することがあります。

### 6. ご本人からの開示等の請求

当社の個人情報の取扱いや保有個人データに関するご照会（個人情報の利用目的の通知、開示、内容の訂正・追加・削除、利用の停止、消去および第三者への提供の停止）およびご相談等は、下記までお問い合わせください。

### 7. 提供の任意性

当社への個人情報の提供はご本人の任意ですが、業務上必要となる情報をご提供いただけなかった場合、利用目的に記載した各種商品・サービス等のご提供ができない場合があります。

お問い合わせ窓口

楽天生命保険株式会社 お客様サービス部  
受付時間：9：00～17：00（土日・祝日・年末年始を除く）

TEL 03-5520-1699

楽天生命保険株式会社

(610-027-03-1304)