

疾病 受付票

[病気の場合・要介護の場合]

太枠内の該当箇所に☑、または必要事項をすべてご記入ください。

被保険者番号										←所属コードから始まる10ケタの番号	
組合員氏名	(カカナ)							所属所名			
被保険者氏名 (入院・手術等された方)	(カカナ)							組合員との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親		

請求内容		該当箇所に☑、または必要事項をすべてご記入ください。								
請求事由	<input type="checkbox"/> 入院	入院期間	年	月	日	～	年	月	日	未定・予定でも必ず日にちをご記入下さい。
		日帰り入院	年	月	日	～	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> 手術	手術日	年	月	日	※がん治療の放射線照射がある場合もご記入ください。				
			年	月	日					
<input type="checkbox"/> お亡くなりになった (ご死亡日 年 月 日)										
<input type="checkbox"/> 高度障害状態となった										
<input type="checkbox"/> 要介護状態となった <input type="checkbox"/> 余命6ヶ月以内と診断された										
初診日	年 月 日 (今回の病気で初めて病院にかかった日)									

◆ここより下は、総合医療保障コースセット型 または 重病克服支援コースにご加入の方のみご記入ください◆

入院・手術の原因	<input type="checkbox"/> がん	⇒	<input type="checkbox"/> 乳がん(悪性新生物)	<input type="checkbox"/> 女性特有のがん(悪性新生物)	
			<input type="checkbox"/> がん(上皮内新生物)	<input type="checkbox"/> それ以外のがん	
	<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 脳卒中			
	<input type="checkbox"/> 高血圧疾患	<input type="checkbox"/> 肝硬変	<input type="checkbox"/> その他肝疾患		
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 慢性腎不全	<input type="checkbox"/> その他腎臓病		
<input type="checkbox"/> 女性特有の病気(切迫早産、帝王切開、乳房や女性生殖器の病気、不妊治療、等)					
<input type="checkbox"/> 上記以外の病気					
<input type="checkbox"/> 寝たきりにより要介護状態			<input type="checkbox"/> 認知症により要介護状態		
重病克服特約部分	糖尿病	<input type="checkbox"/> 医師が必要と認める日常的かつ継続的なインスリン療法を開始し、 <u>180日以上継続して</u> 受けている			
	高血圧	<input type="checkbox"/> 高血圧性疾により高血圧性網膜症と診断された(キース・ワグナー分類3群・4群の眼底所見を示す状態)			
	腎不全	<input type="checkbox"/> 慢性腎不全の状態になったと診断され、医師が必要と認める <u>永続的な人工透析療法を開始した</u>			
	肝硬変	<input type="checkbox"/> 肝硬変の状態になったと医師により病理組織学的所見(生検)によって診断された			
※詳細についてはパンフレット等の各制度をご覧ください。					

備考

所属所名
担当
受理日

(有)兵庫ライフサービス
⇒FAX:078(291)8900