

提出先:メットライフ生命保険株式会社

私(給付金支払請求書に記載の受取人)は、別紙給付金支払請求書などとあわせて本紙を提出します。なお、メットライフ生命が必要と認めた場合は、所定の入院・手術等証明書(診断書)を提出することに同意します。

本紙はお客さまにご記入いただく書面です。受取人が **1** ~ **4** の各項目にご記入ください。

※訂正の場合は、訂正箇所を二重線で消してください。

1 受療された方 受療された方が家族特約の被保険者の場合は、その被保険者(配偶者・子)の氏名などをご記入ください。

(フリガナ)	(セイ)	(メイ)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月日 (右づめ)	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
被保険者 氏名	(姓)	(名)				

2 病気・ケガの名前 必ずご記入ください。ケガの場合は受傷日もご記入いただき、該当する原因に してください。

病気・ケガの 名前	ご不明な場合は症状や検査内容をご記入ください。					
ケガの場合は ご記入ください。	受傷日	年	月	日	原因	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 階段・段差からの転落 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 運動中 <input type="checkbox"/> その他 ※詳細を以下にご記入ください。

3 入院・手術状況 ご不明な場合は、「診療明細書」「退院証明書」などをご確認のうえ、ご記入ください。ウラ面の診療明細書<見本>もご覧ください。

入院期間 (入院した場合)	入院日①	西暦 20 年 月 日 ~	退院日①	西暦 20 年 月 日
	入院日②	西暦 20 年 月 日 ~	退院日②	西暦 20 年 月 日
手術内容 (手術を受けた場合)	手術日	西暦 20 年 月 日	手術部位	※目・耳・四肢・腎・尿管・乳房のいずれかの場合、該当の部位に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側
	手術名	「診療明細書」をご確認のうえ、ご記入ください。また、「診療明細書」のコピーを必ずご提出ください。 各種終身手術総合保障特約・手術総合特約以外のご契約の場合は、別紙Aに記載のある手術のみ本紙でご請求いただけますので、必ず、別紙Aをご確認ください。		

4 受療された病院

病院名	所在地 (都道府県のみ)
-----	-----------------

本紙と一緒に以下3点の書類のご提出が必要です。以下3点をまとめてご返送ください。

- 入院・手術申告書(本紙)
- 給付金支払請求書(別紙、給付金受取口座などをご記入いただく書類)
- ウラ面に記載の病院発行のいずれかの書類コピー

※領収書や診療明細書が複数ページある場合は、すべてのページのコピーをご提出ください。



詳細はウラ面をご確認ください

ご請求の際は以下 3 点をまとめてご返送ください。

- 入院・手術申告書(本紙オモテ面)
- 給付金支払請求書(別紙、給付金受取口座などをご記入いただく書類)
- 以下に記載の病院発行のいずれかの書類のコピー

- ・入院給付金のご請求：領収書または診療明細書のコピー(入院期間が記載されているもの)
 - ・手術給付金のご請求：診療明細書のコピー(手術名が記載されているもの)
 - ・入院給付金および手術給付金のご請求：診療明細書のコピー(入院期間と手術名が記載されているもの)
- ※領収書や診療明細書が複数ページある場合は、すべてのページのコピーをご提出ください。

診療明細書をご提出の際は、下記①～④が記載されていることをご確認ください。

*名称や書式は医療機関により異なります。(例：請求書兼領収書、診療費請求書兼領収書など)

診療明細書<見本>

① 受療された方の氏名

② 入院日・退院日(入院をご請求の場合)
※入院日・退院日の記載がない場合は、「入院費用(診療費)の領収書のコピー」をご提出ください。

③ 病院名

〒XXX-XXXX
○○○○○○○○○X-X-X
○○○○○病院
TEL:XX-XXXX-XXXX

入院

診察券番号	148034-0	氏名	セイネ タロウ 生保 太郎 様	受診日	20XX/04/26~20XX/04/27	受診科	眼科
-------	----------	----	-----------------	-----	-----------------------	-----	----

区分	項目名	点数	回数	自責金額
入院料等	・入院料 有床診療所入院基本料6(14日以内)			
検査	・細隙顕微鏡検査(前眼) ・血液化学検査 グルコース 1項目			
投薬	・ダイアモックス錠250mg 0.5錠 ・調剤料(入院)	7	1	
手術	・水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合・その他のもの) ・手術薬剤	12,100	1	

④ 手術名(手術をご請求の場合)
※手術をご請求の場合は、診療明細書をご提出ください。
診療明細書に掲載されている手術のみご請求いただけます。
領収書には通常、手術名は記載されていません。

※医療保障保険/新医療保障保険(団体型)の治療給付金をご請求される場合は、診療報酬点数の記載がある「入院費用(診療費)の領収書」をご提出ください。なお、手術のご請求もされる場合は、「診療明細書」のコピーもあわせてご提出ください。

※保険証の記号・番号、保険者番号が記載されている場合は、黒く塗りつぶしたうえでご提出ください。

本紙のご利用条件

○ 本紙をご利用いただけるケース

- 入院/手術のご請求であること
- 入院をご請求の場合、1回あたりの入院期間が180日以内・退院済であること
- 手術をご請求の場合、手術日が1日のみであること
- 手術をご請求の場合、以下に該当すること
 - 各種終身手術総合保障特約・手術総合特約のご契約
ご契約のしおり・約款に記載されているお支払い対象の手術であること
 - 上記特約以外のご契約
別紙A記載の手術であること
- 入院開始日/手術日が、主契約および入院・手術の保障がある特約の責任開始日(復活した場合はその日)から2年以上経過していること
(引受基準緩和型および一時払終身医療保険の契約に限り、経過期間に関わらずご利用可能です。)
- 特定疾病/部位不担保法が適用されている場合、入院開始日/手術日が不担保期間外であること
(不担保期間は保険証券に記載されています。)

✕ 本紙をご利用いただけないケース(診断書をご提出ください。)

- 不妊治療にかかる手術、妊娠/分娩に関するご請求(帝王切開を除く)
- ガン保険(特約)、傷害保険などのご請求
- 各種一時金、先進医療給付金、自由診療にかかる手術給付金(水晶体再建術・レーザー白内障手術除く)、保険料の払込免除などに関するご請求

※ご利用条件に該当する場合でもご契約の保険種類(特約)・責任開始日・傷病名により本紙でご請求いただけない場合があります。