

・「保険証券」、「ご契約のしおり・約款」をご参照のうえ、ご加入の契約・特約についてご請求の対象となる保険金・給付金・保険料払込免除を今一度ご確認ください。（「ご契約のしおり・約款」は当社Webサイトでご覧いただけます。）

- ・ 給付金等のご請求の際、約款の定めにより保険料等の精算が生じる場合があります。

- 健康保険等の資格確認書の写しを提出される場合は、記号・番号・保険者番号・QRコードを判読できないようマスキング（黒く塗りつぶし）してください。また、年金手帳の写しを提出される場合は、基礎年金番号を判読できないようマスキングしてください。その他ご提出書類に「本籍」「国籍」「マイナンバー（個人番号）」が記載ある場合は判読できないようマスキングしてください。

・ 提出する書類について、記載事項が事実と相違する場合には、正当な支払金額にて精算を行うことに同意します。また、提出した書類の返却を求めないことに同意します。

・提出する診断書等の内容に基づき、お支払いできる可能性があるすべての給付金（例えば、入院給付金と手術給付金）について、一括してお支払内容を判断することに同意します。また、一部の給付金（例えば、入院給付金）のお支払いが可能であっても、その他の給付金（例えば、手術給付金）のお支払いに関する情報が不足しているためネオファースト生命から追加での書類提出または回答を求められた場合は、再度書類を提出した日もしくは回答した日が「請求受付日（※）」となることに同意します。

・この請求に際して提出する書類に記載された保健医療等の機微（センシティブ）情報について

(2) その目的については、保険金・給付金の支払等のほか、各種保険契約の引き受け・継続・維持管理、商品の充実のために、ネオファースト生命の業務上必要な範囲内で使用されることを、当該個人情報の本人に対して確認をし、同意を得たうえで提出します。

・当社は、各生命保険会社等とともに、お支払等の判断の参考とすることを目的として、「支払査定時照会制度」に基づき、当社を含む各生命保険会社等の保有する保険契約等に関する入院日・退院日（照会を受けた日から5年以内）等の所定の情報を共同して利用しております。

詳しくは、生命保険協会または当社のWebサイトもしくは生命保険協会のパンフレットをご覧ください。
 当社のWebサイト: <http://www.kokubank.co.jp>
 当社のパンフレット: <http://www.kokubank.co.jp/pamphlet>
 当社のお問い合わせセンター: 0120-226-201

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (診断書)											
1.Name of patient(氏名)			Sex(性別) Male (男性) Female (女性)		Date of Birth(生年月日) month / day / year						
2.Name of sickness or injury of hospitalization (入院の原因となった傷病名) Presumption of doctor (医師推定) Reported by patient (患者申告)				Inception date of sickness or injury (傷病発生年月日) month / day / year							
3.Treatment term (治療期間)		Initial medical consultation (初診) month / day / year ~ month / day / year Final medical consultation (終診) Presently under treatment (現在加療中)									
4.Treatment Received as Outpatient (入院期間)		1st hospitalization (第1回入院)		From month / day / year		To month / day / year		Inpatient (入院中) Discharged (退院)			
		2nd hospitalization (第2回入院)		From month / day / year		To month / day / year		Inpatient (入院中) Discharged (退院)			
5.Treatment Received as Outpatient (通院治療日)		Month / Year		Please circle day(s) of ambulatory care or visit for above 2(Disease/Injury).						Total	
		/		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						Day(s)	
		/		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						Day(s)	
		/		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						Day(s)	
		/		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						Day(s)	
6.Condition of sickness from its start to the first diagnosis (発病(受傷)から初診までの経過) (Please indicate when and how symptom first appeared) (いつごろからどのような症状があったか記入してください。))											
Diagnosis and progress(初診時の所見および経過)											
7.Previous Physician or Referring Physician (前医または紹介医)			Yes No		Physician's Name, Period of Treatment:			Name/Address of Medical Institution:			
8.Past History and Chronic Disease (既往症または持病)			Yes No		Name of Disease, Period of Treatment:			Name/Address of Medical Institution:			
9.Surgical operation effected (今回の傷病に関して実施した手術)		Name of Operation (手術の名称)									
		Type of Operation (手術の種類)		(1)Craniotomy (開頭術) (2)Thoracotomy (開胸術) (3)Laparotomy (開腹術) (4)Cephalocentesis (穿頭術) (5)Thoracoscopic (胸腔鏡) (6)Laparoscopic (腹腔鏡) (7)Percutaneous (経皮的) (8)Transurethral (経尿道的) (9)Transvaginal (経膈的) (10)Fiberscopic or Catheter (ファイバースコープ又はカテーテルによる手術) (11)Others()							
		Details of Operation (手術の詳細)		Surgery of Bone,Joint,Muscle,Tendon and Ligament (骨、関節、筋肉、腱、靱帯の手術の場合)						Open Closed	
				In case of Extremity,operative site is MP Joint and/or proximal. (四肢の手術の場合、手術部位はMP関節を含めて中枢側である)						Yes No	
				In case of Dermatoplasty(Skin Flap),grafts equal to (皮膚形成術(皮弁)の場合、移植片は)						25 c m ² or larger smaller than 25 c m ²	
10.Radiotherapy (放射線照射)		Place (部位)		Quantity in total (総線量)		Gray (グレイ)		Period (期間)		month / day / year ~ month / day / year	
11.In Case of Acute Myocardial Infarction (急性心筋梗塞の場合)		60 days after the initial consultation, was it still necessary to continue limiting the work done by the patient? ('limiting the work' here refers to a state whereby the patient can do sedentary or light work but restrictions are necessary regarding more demanding activities) (初診日から60日時点で労働制限を必要とする状態(軽労働や座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態)が継続していましたか?)							Yes No		
12.In Case of Stroke (脳卒中の場合)		Do such objective, neurological sequelae as dysphasia, ataxia and paralysis still exist 60 days after the initial consultation? (初診日から60日以上、失語症・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか?)						Yes No		If yes, please detail the sequelae. (はいの場合、後遺症を詳述ください)	
13.In Case of Malignant Neoplasm (悪性新生物の場合)		Name of Diagnosis (診断確定名)				Date of Diagnosis (診断確定日)		month / day / year			
		Diagnostic Approach (診断方法)		Histopathology (病理組)		Cytology (細胞)		Others ()			
		Type of Neoplasm (新生物の種類)		Intraepithelial neoplasm (上皮内新生物)		Others (それ以外)					
		Classification of focus (病巣の分類)		primary (原発)		recurrent (再発)		metastatic (転移)			
I hereby certify that the above is true and complete to the best of my knowledge and belief. (上記のとおり証明します。)											
Name of hospital (病院名)				Country (国名)							
Address of hospital (所在地)				Date (証明日)							
Signature of doctor (医師名)				month / day / year							

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (診断書)										
1.Name of patient(氏名)			Sex(性別) Male (男性) Female (女性)		Date of Birth(生年月日) month / day / year					
2.Name of sickness or injury of hospitalization (入院の原因となった傷病名) Presumption of doctor (医師推定) Reported by patient (患者申告)				Inception date of sickness or injury (傷病発生年月日) month / day / year						
3.Treatment term (治療期間)		Initial medical consultation (初診) month / day / year ~ month / day / year Final medical consultation (終診) Presently under treatment (現在加療)								
4.Treatment Received as Outpatient (入院期間)		1st hospitalization (第1回入院)		From month / day / year To month / day / year		Inpatient (入院中) Discharged (退院)				
		2nd hospitalization (第2回入院)		From month / day / year To month / day / year		Inpatient (入院中) Discharged (退院)				
5.Condition of sickness from its start to the first diagnosis (発病(受傷)から初診までの経過) (Please indicate when and how symptom first appeared) (いつごろからどのような症状があったか記入してください。))										
Diagnosis and progress(初診時の所見および経過)										
6.Previous Physician or Referring Physician (前医または紹介医)			Yes No		Physician's Name, Period of Treatment:		Name/Address of Medical Institution:			
7.Past History and Chronic Disease (既往症または持病)			Yes No		Name of Disease, Period of Treatment:		Name/Address of Medical Institution:			
8.Surgical operation effected (今回の傷病に関して実施した手術)		Name of Operation (手術の名称)								
		Type of Operation (手術の種類)		(1)Craniotomy (開頭術) (2)Thoracotomy (開胸術) (3)Laparotomy (開腹術) (4)Cephalocentesis (穿頭術) (5)Thoracoscopic (胸腔鏡) (6)Laparoscopic (腹腔鏡) (7)Percutaneous (経皮的) (8)Transurethral (経尿道的) (9)Transvaginal (経陰的) (10)Fiberscopic or Catheter (ファイバースコープ又はカテーテルによる手術) (11)Others()						
		Details of Operation (手術の詳細)		Surgery of Bone,Joint,Muscle,Tendon and Ligament (骨、関節、筋肉、腱、靱帯の手術の場合) Open Closed						
				In case of Extremity,operative site is MP Joint and/or proximal. (四肢の手術の場合、手術部位はMP関節を含めて中枢側である) Yes No						
				In case of Dermatoplasty(Skin Flap),grafts equal to (皮膚形成術(皮弁)の場合、移植片は) 25 c m ² or larger smaller than 25 c m ²						
9.Radiotherapy (放射線照射)		Place (部位)		Period		month / day / year ~ month / day / year				
		Quantity in total (総線量)		Gray (グレイ)		(期間)				
10.In Case of Acute Myocardial Infarction (急性心筋梗塞の場合)		30 days after the initial consultation, was it still necessary to continue limiting the work done by the patient? ('limiting the work' here refers to a state whereby the patient can do sedentary or light work but restrictions are necessary regarding more demanding activities) (初診日から30日時点で労働制限を必要とする状態(軽労働や座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態)が継続していましたか?)							Yes No	
11.In Case of Stroke (脳卒中の場合)		Do such objective, neurological sequelae as dysphasia, ataxia and paralysis still exist 30 days after the initial consultation? (初診日から30日以上、失語症・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか?)				Yes No		If yes, please detail the sequelae. (はいの場合、後遺症を詳述ください)		
12.In Case of Malignant Neoplasm (悪性新生物の場合)		Name of Diagnosis (診断確定名)			Date of Diagnosis (診断確定日)		month / day / year			
		Diagnostic Approach (診断方法)			Histopathology (病理組)		Cytology (細胞診)		Others ()	
		Type of Neoplasm (新生物の種類)			intraepithelial neoplasm (上皮内新生物)		Others (それ以外)			
		Classification of focus (病巣の分類)			primary (原発)		recurrent (再発)		metastatic (転移)	
I hereby certify that the above is true and complete to the best of my knowledge and belief. (上記のとおり証明します。)										
Name of hospital (病院名)					Country (国名)					
Address of hospital (所在地)					Date (証明日) / /					
Signature of doctor (医師名)					month day year					

<海外用>

- 1.THIS FORM IS NOT TO BE USED FOR CLAIMING THE BENEFIT PAYMENT FOR THE HOSPITALIZATION
- 2.PLEASE COMPLETE BY WRITING OR TYPING IN ENGLISH AND SIGN WHEREVER AMENDMENTS WERE MADE.

To NEOFIRST LIFE（ネオファースト生命あて）

THE ATTENDING PHYSICIAN’S STATEMENT FOR OUTPATIENT

（通院証明書：本証明書は、入院給付金の請求用には使用できません。）

1.Name of patient(患者名)		Chart No. ()	Sex(性別) Male (男性) Female (女性)	Date of Birth(生年月日) month / day / year		
2. Name of Disease／ Injury（傷病名）				Initial Consultation（初診日） month / day / year		
3.Period of Hospitalization (入院期間)	The 1st	from month / day / year		~	month / day / year	
	The 2nd	from month / day / year		~	month / day / year	
4.The date(s) of hospital visit(s) for the treatment of the above 2. Disease／Injury (including dates of house visits) (上記2の傷病の治療を目的とした通院治療日（往診日も通院治療日に含めてください）)						
The Days of Treatment received as Outpatient	Treatment in:	Day(s) of treatment as outpatient (Please circle the appropriate day(s))（通院日）				Total
	month	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				day(s)
	year	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
	month	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				day(s)
	year	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
	month	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				day(s)
	year	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
	month	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				day(s)
	year	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
	month	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				day(s)
year	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
Number of total days as outpatient					day(s)	
I hereby certify that the above is true and complete to the best of my knowledge and belief.（上記のとおり証明します）						
Date: m / d / y						
Hospital or Clinic Name: (病院名)						
Hospital or Clinic Address : (所在地)						
Attending Physician's Name : (医師名)						
(Signature)						

ご注意（必ずお読みください）

●この申告書は請求者をご記入ください。

●本申告書と（病院または診療所で費用をお支払いの際発行される）『領収書の写し』（通院日の記載があるもの）を同時に提出することで、医師記載の『通院証明書』のご提出は不要になります。

ネオファースト生命保険株式会社 行

通院状況申告書

<海外用>

1.傷病者氏名		男・女	生年 月日	年	月	日																										
2.入院の原因と なった傷病名	診断名をご記入ください。																															
3.治療期間	初診 年 月 日 ～ 終診 年 月 日 (年 月 日現在加療中)																															
4.入院期間	入院 年 月 日 ～ 退院 年 月 日																															
5.通院先の医療機関	所在地																															
	医療機関																															
	電話番号																															
	主治医	科 先生																														
6.通院日 *当該月をご記入いただき、上記傷病についての通院日（往診日を含む）に○をつけて下さい。																																
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	計
																															日	
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	計
																															日	
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	計
																															日	
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	計
																															日	
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	計
																															日	

上記のとおり相違ありません。後日、事実と相違していることが判明した場合は、そのために不支払となっても意義申立てをいたしません。なお、申告内容について、ネオファースト生命保険株式会社または委託の者が必要に応じて病院（または診療所）に照会することに同意します。

年 月 日

請求者

住所

氏名（自署）

下の枠内に請求者様本人がボールペンでご記入ください。

ネオファースト生命保険株式会社 あて

当社では、お客さまの個人情報等を以下の利用目的の達成に必要な範囲で利用いたします。

○各種保険契約のお引き受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い ○関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理

○当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実 ○その他保険に関連・付随する業務

※各種商品・サービスの詳細は、当社ホームページ(<http://neofirst.co.jp/>)で ご覧いただけます

<海外用>

事故状況報告書

下記のとおり事故状況について報告します。

年 月 日

報告者氏名:

受傷者との
関係

受傷者名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住所				事故発生 日時 場所	勤務先
事故発生 日時及び 場所	年 月 日 (曜日)	午前 午後	時 分頃		業務内容
					従業中 その他

1. 事故内容

※下記の事故内容からケガの直接の原因となったものを1つ選択のうえ、数字に○印をしてください。

なお、「1.～9.」にあてはまらない場合、「10.その他」にご記入ください。

- 1 転倒した・つまずいた・くじいた・ひねった

2 階段・段差・はしご・椅子・遊具・ベッドから転落した

3 交通事故(4項をご記入ください)

4 衝突した・ぶつかった(交通事故を除く)

5 急激な動作(スイング・ジャンプ・走る)

6 切れた・挟まった

7 溺れた

8 窒息した

9 火傷した

10 その他 →

事故状況図または現場見取図

2. 事故原因および事故状況 ※事故の原因および状況を詳細にご記入ください。

3. 警察への届出

- ☒ (☑してください) ☐ 届出有り→「有り」のときは、警察の事故証明書を提出してください。
- ☐ 届出無し→「無し」のときは、勤務先その他信頼できる第三者から、以下の事故証明書または任意の書式で作成された証明書を提出してください。

4. 交通事故の場合、以下の項目にご記入ください(☑してください)

自動車運転の有無等	☐ 運転中 ☐ 同乗中 ☐ 歩行中 ☐ その他()
運転中の 場合	飲 酒 状 況 ☐ 飲酒有り(酒類・量 飲酒日時 月 日 午前 午後 時頃) ☐ 飲酒なし
	法 規 違 反 ☐ 違反有り ☐ 違反なし
	車 種 ☐ 普通自動車 ☐ 自動二輪 ☐ 原付自転車 ☐ その他()
現地有効免許証	☐ 免許証有り→「有り」のときは、有効免許証の写しを提出してください ☐ 無免許

事 故 証 明 書

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

住所

証明者 氏名

証明者の職業(具体的に)

証明者と受傷者との関係

証明者となり得た理由

- (ご留意事項) ●この事故証明書は、警察の事故証明書をご提出いただける場合および事故を証明できる方がいらっしゃらない場合には、ご記入不要です。
- この事故証明書に代えて任意の書式の証明書をご提出準備される場合でも、所定の事故状況報告書を作成されるようお願いいたします。