

# 主治医の先生へのお願い

この「就業不能証明書（診断書兼入院証明書）」は、就業不能保険の給付金請求に際し、お支払いの要件に該当するかを判断させていただくための書類です。

ご記入にあたり、当社の定める下記「就業不能状態」の定義をご覧くださいませようお願いいたします。

ご記入いただいた内容について当社よりご照会をさせていただく場合もございますのでよろしくお願い申し上げます。

## ●当社が定める「就業不能状態」の定義

被保険者が傷害または疾病により、日本国内の病院もしくは診療所への治療を目的とした入院または日本の医師の指示により在宅療養をしており、少なくとも6か月以上、いかなる職業においても全く就業ができないと医学的見地から判断される状態をいいます。

## ●給付金をお支払いする要件

被保険者が、保険期間中に、責任開始時点以後の傷害または疾病を原因として就業不能状態となり、その状態が180日を超えていて、その状態が日本の医師の診断書によって証明されていることがお支払いの要件となっております。

## ●保障の対象とならない代表例

- ・被保険者の精神障害（平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類番号F00からF99に規定される内容によるもの）による場合
- ・被保険者が頸部症候群（いわゆる「むちうち症」）または腰痛その他の症状を訴えている場合であっても、それを裏付けるに足りる医学的他覚所見（理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等により認められる異常所見）がない場合

## 就業不能証明書（診断書兼入院証明書）

ライフネット生命保険株式会社 御中

1. 氏名	フリガナ <b>ライフ ダイスケ</b> <b>来風 大輔</b> (カルテNo. )	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	19 年 月 日
2. 傷病名	傷病発				
ア 就業不能の原因となった傷病名	<b>肺結核</b> (ICD10コード - <b>A15.0</b> )				
イ アの原因	2009 年 2 月 日				
ウ 合併症	年 月 日				
3. 初診注)1	一般外来 <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> <b>前医紹介 <input checked="" type="checkbox"/></b>	初診 2009 年 4 月 1 日 ~ 終診 2009 年 12 月 1 日			
4. 入院期間	1回目 2009 年 4 月 1 日 ~ 2009 年 10 月 1 日	2回目 年 月 日 ~ 年 月 日			
5. 在宅療養期間	2009 年 10 月 1 日 ~ 2009 年 12 月 1 日				
6. 転帰	2009 年 12 月 1 日 <input type="checkbox"/> 加療中 <input checked="" type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医				
7. 今回の傷病に関して実施した手術注)2	手術名(診療報酬点数手術区分番号)	手術日			
9. 経過等	<p>・発症(受傷)から初診までの経過(いつごろからどのような症状があったのか)</p> <p><b>2009/2下旬よりかぜ症状が持続し、3/16前医受診。初検査の結果、上記診断。継続治療のため当院紹介受診</b></p> <p>・初診時の患者の主訴・所見および病状の経過(検査内容・検査結果・治療)</p> <p><b>初診時、咳、発熱、倦怠感等あり。4/1より化学療法開始した。9/28の検査で陰性、胸部X-p上も問題なく10/1退院。以後、2ヶ月間の在宅療養を指示した。</b></p>				
10. 前医又は紹介医	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名	<b>ライフ病院</b>	医師名	<b>生命 一郎 医師</b>
		所在地	<b>文京区本郷×丁目×番×号</b>	初診日	<b>2009 年 3 月 16 日頃</b>
11. 既往症	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名	当院 ( 科 )	他院(病名)	
		治療期間	年 月 日頃 ~ 年 月 日頃		

### ICD10コードについて

当社の就業不能保険は精神障害 (F00~F99) が原因の場合は保障の対象になりません。お手数ですが、ご記入をお願いいたします。

いずれかに○印を下下さい  
 医師推定  患者申告

### 在宅療養期間について

見込み期間をご記入いただいても結構です。証明日以降の日付について、再度証明をお願いすることがございますが、ご了承ください。

X線異常 なし・あり( )  
脳波異常 なし・あり( )  
筋電図異常 なし・あり( )  
その他異常 なし・あり( )

### 他覚症状等について

むちうち症、腰痛その他の症状を訴えている場合であっても、それを裏付けるに足りる医学的他覚所見がない場合は保障の対象になりません。お手数ですが、ご記入をお願いいたします。

### 手術について

**Kコード対象の治療は全てご記入ください。**  
※当社における手術とは医科診療報酬点数表に手術の算定対象として列挙されている診療行為に含まれるものです。

### 前医・紹介医・既往症・持病

紹介状などがなくてもお分かりになれる範囲で結構ですので、ご記入をお願いいたします。

お問い合わせ

ライフネット生命保険株式会社 保険金担当

0120-717991

受付時間：平日9時~17時30分（年末年始、土曜、日曜、祝日は除く）