

証明書をご記入いただくにあたってのお願い

ご担当される先生へ

この「就業不能証明書(診断書兼入院・通院等証明書)」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。
 就業不能証明書(診断書兼入院・通院等証明書)のご記入にあたり、留意事項を下記の通りご案内いたします。
 この書類は、給付金等を正確・迅速にお支払するための大切な書類ですので、よろしくお願い申し上げます。

- 訂正が生じた場合は、必ず証明印と同一印による訂正印を押印ください。
- 記入内容につきまして、弊社よりご照会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。

項目		解説・注意点
2項	傷病名	傷病名 ・治療の原因となった傷病名をご記入ください。 ・該当する傷病名が複数ある場合は、全てご記入ください。 ※精神障害(ICD-10コードがF00～F99)が原因の場合は、保障の対象になりません。
5項	治療期間	入院期間 ・妊娠・出産関連での入院の場合は、治療目的の入院期間をご記入ください。 ・入院期間が3回以上ある場合は、別紙にご記入いただいても結構です。 その際は、当欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙についても署名・証明印を押印ください。
	通院期間	・初診から証明日までの期間に、貴院への通院がございましたらご記入ください。 通院予定日は除きます。 ・証明する期間が3か月を超える場合は、別紙にご記入いただいても結構です。 その際は、当欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙についても署名・証明印を押印ください。
7項	投薬内容	・現在の投薬内容につきまして、薬剤名および投薬・処方日をご記入ください。
8項	他覚所見および検査結果	※患者様が頸部症候群(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。 ・画像(MRI・CT・超音波)検査、理学的検査、神経学的検査、その他検査を行い、異常所見のある場合、ありを○で囲み、その直近の検査日および所見、検査結果などをご記入ください。 他覚所見や異常所見のない場合は、なしを○で囲んでください。 ・悪性新生物の診断確定がある場合は、診断確定日および病理組織診断結果をご記入ください。
10項	在宅療養の指示	「在宅療養」とは、傷害または疾病により、医師の医学的見地にもとづく指示を受けて、軽い家事および必要最小限の外出を除き、自宅等で、治療に専念することをいいます。 ・在宅療養の指示をされている場合、指示をしたを○で囲み、在宅療養期間、在宅療養終了時期もあわせてご記入ください。 ・在宅療養の指示をされていない場合、指示をしていないを○で囲んでください。 ・「軽い家事」とは、簡単な炊事や衣類程度の洗濯等のことをいい、「必要最小限の外出」とは、医療機関への通院等のことをいいます。
	在宅療養期間における身体状況	・「軽労働」とは、梱包、検品等の作業のことをいいます。軽労働が可能か、不可能かご記入ください。 ・「座業」とは、事務等のことをいいます。座業が可能か、不可能かご記入ください。

お問い合わせ

ライフネット生命保険株式会社

0120-717991(通話無料) 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)