

ご担当の先生へ

【死亡証明書作成にあたってのお願い】

拝啓 平素は格別のお引き立てをいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、「死亡証明書」は、患者様の保険金・給付金等のご請求に際し、お支払等の要件に該当するかどうかを判断させていただく大切な書類です。

つきましては、ご多忙の中誠に恐縮ですが、以下「死亡証明書」のご記入にあたっての留意点」をご参照のうえ、漏れなく正確にご記入くださいますようお願いいたします。

また、内容に不明な点がある場合は、当社より照会・確認させていただくことがございますので、ご協力のほどよろしくをお願いいたします。

なお、作成いただきました「死亡証明書」は、診断書用封筒に封入くださいますようお願いいたします。

「死亡証明書」のご記入にあたっての留意点

- ・死亡保険金だけでなく、入院給付金や手術給付金等についてもお支払いの要件に該当するかを判断させていただきますので、死亡日までの入院期間と治療内容、手術の有無、放射線照射の有無と総線量などすべての項目を漏れなく正確にご記入くださいますようお願いいたします。
- ・「内視鏡を用いた手術」「ドレナージ」「カテーテルを使用した手術」なども手術欄にご記入をお願いいたします。

FWD 富士生命保険株式会社
総合サービスセンター
通話料無料 0120-211-901

死亡証明書

1.氏名	男 女	2.生年月日	年	月	日					
3.住所										
4.職業			5.発病年月日	年	月	日				
6.治療期間	初診	年		月	日	～	年	月	日	
	入院 期間	第1回目	年	月	日	～	年	月	日	
		第2回目	年	月	日	～	年	月	日	
3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」を記入ください										
7.死亡したとき	年		月	日	午前	時	分	午後		
8.死亡した ところ 及び その種別	死亡した ところの種別	① 病院 ② 診療所 ③ 老人保健施設 ④ 助産所 ⑤ 老人ホーム ⑥ 自宅 ⑦ その他								
	死亡した ところ									
	種別1～5の 施設の名称									
9.死亡の原因	I	(ア)直接死因			発病(発 症)又は 受傷から 死亡まで の期間					
		(イ)(ア)の原因								
		(ウ)(イ)の原因								
		(エ)(ウ)の原因								
	II	直接には死因に関 係しないがI欄の 傷病経過に影響を 及ぼした傷病名等								
	手術	① 無 ② 有	{ 部位及び主要所見 }			手術 年月日	年 月 日			
	解剖	① 無 ② 有	{ 主要所見 }							
10.死亡の種類	① 病死および自然死 外因死 { ② 交通事故 ③ 転倒・転落 ④ 溺水 ⑤ 煙、火災及び火焰による傷害 } 不慮の外因死 { ⑥ 窒息 ⑦ 中毒 ⑧ その他 } その他及び不詳の外因死 { ⑨ 自殺 ⑩ 他殺 ⑪ その他及び不詳の外因 } ⑫ 不詳の死									
11.外因死の 追加事項	傷害が 発生したとき	年	月	日	午前	時	分	① 従業中 ② 従業中 でないとき ③ 不明		
	傷害が発生 したところ の種別	① 住居 ② 工場及び建築現場 ③ 道路 ④ その他 { }								
	傷害が発生 したところ	都道 府県		市 郡		区 町村				
	手段及び状況									



お願い
訂正の場合、必ず証明印による訂正印を押印ください。

14. 死亡に直接関係のある既往症（年月日、傷病名、症状経過、医療機関）

15. 今回の発病（受傷）から初診までの経過

16. 初診時の主訴・所見およびその後の経過

治療内容

手術の種類	(1) 開頭術 (2) 穿頭術 (3) 開胸術 (含開心術)・胸腔鏡下手術 (4) 開腹術・腹腔鏡下手術 (5) レーザー手術 (6) ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる手術・処置・治療 (四肢・四肢以外) (7) 経皮的 (8) 経尿道的 (9) 経腔的 (10) その他 ()				
	手術の内容 ・筋骨関係の手術の場合 (観血)・非観血) ・手指・足指の手術の場合MP関節を含めて中枢側に (及ぶ)・及ばない) ・植皮術・筋皮弁術の場合 (25cm以上・25cm未満) ・口腔内の手術の場合、顎骨を (削っている・削っていない) ・筋・腱・靭帯に操作が (及ぶ)・及ばない) ・穿頭術の場合 (新たな穿頭による・既存の穿頭穴を使用)				
手術および処置名	療 酬 数 区	—	手術名	手術日	3回目以降の手術があれば診療報酬点数区分・手術名・手術日・手術種類・手術内容等を記入ください。
	療 酬 数 区	—			

放射線治療 お悪性新生物 温熱療法 (骨髄移植の前 処置を含む)	照射部位	総線量	Gy
区分	M	定位照射 密封小線源 温熱療法 (その他)()	
期間	開始	年 月 日	～終了 年 月 日

17. 前医または紹介医	有 無	医師名	医療機関名	その所在地
--------------	--------	-----	-------	-------

18. 病名を告げた時期	(死因病名やその他の病名を患者または家族にいつどのように告げられましたか) 本人には、(年 月 日)に病名を()と告げた。 家族には、(年 月 日)に病名を()と告げた。 悪性の場合 診断確定日(年 月 日) 診断方法 1. 病理組織診断 2. その他()			
--------------	--	--	--	--

19. その他	(本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖、その他の事項) 区分
---------	--------------------------------------

20. 死亡診断 (死体検案) 年月日	年 月 日
---------------------	-------

上記のとおり診断する。

本証明書発行年月日 年 月 日

所在地

病院または診療所等の 名称

医師氏名

印