

お客さま向け

ご契約成立までの流れ

STEP1

「診断書（引受審査用）」の「1. お客さま情報」をご記入ください
(下図の青文字部分です)

MICIN Insurance		診断書（引受審査用）		医療機関提出用 証明後当社へ送付をお願いします	
【お客さま記入欄】「1. お客さま情報」部分をご自身で記入した上で、医療機関に記入を依頼してください					
1. お客さま情報		フリガナ	ホケン ハナコ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
氏名	保険 花子		生年月日	西暦 1985年 10月 10日生	
住所	〒 100-0004 東京都千代田区大手町XX-XX		電話番号	090 - XXXX - XXXX	

STEP2

「①診断書（引受審査用）」と「②診断書記入例」を医療機関へ提出してください

- 診断書は、初発悪性新生物の診断や治療をされた医療機関へご提出ください
- 難しい場合は、当社カスタマーセンター（0120-851-007）までお問い合わせください

①診断書（引受審査用）

②診断書記入例

STEP3

医療機関から証明された「診断書（引受審査用）」を当社へ送付してください

- 以下のリンク先から、「診断書（引受審査用）」をアップロードしてください → [URL:https://mypage.micin-insurance.jp/upload](https://mypage.micin-insurance.jp/upload)
- 郵送も可能です。宛先シートをご活用ください → [URL:https://m.micin-insurance.jp/envelope1_01](https://m.micin-insurance.jp/envelope1_01)



STEP4

診断書を当社で確認 → 契約成立の承諾 → お客さまへご連絡

- 内容に問題がなければ、2~7営業日以内に、お客さまへ契約成立の通知をいたします
- お申込み内容や診断書に確認事項や不備がある場合、更に日数を要します

いつでも
お気軽に！

MICIN少額短期保険
カスタマーセンター

0120-851-007

受付時間：平日10:00~18:00
(土日祝・年末年始を除く)

【お客さま記入欄】 「1. お客さま情報」部分をご自身で記入した上で、医療機関に記入を依頼してください

1. お客さま情報	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	西暦	年	月	日生		
	氏名	〒 - -							電話番号	-
	住所									

【医療機関記入欄】 2～12をご記入ください。ご記入にあたっては「診断書記入例」をご覧ください。選択箇所には「」内にレ点の記入をお願いいたします。

2. 初発悪性新生物の病名						病理組織診断名			
3. 初発悪性新生物のステージ分類 ※ 悪性新生物に応じた術後の確定したステージをご証明ください	乳がん(左)	<input type="checkbox"/> 0期	<input type="checkbox"/> I期	<input type="checkbox"/> II A期	<input type="checkbox"/> II B期	<input type="checkbox"/> III、IV期			
	乳がん(右)	<input type="checkbox"/> 0期	<input type="checkbox"/> I期	<input type="checkbox"/> II A期	<input type="checkbox"/> II B期	<input type="checkbox"/> III、IV期			
	子宮頸がん	0期 → 右記CIN1、2、3から選択			<input type="checkbox"/> CIN1	<input type="checkbox"/> CIN2	<input type="checkbox"/> CIN3		
			<input type="checkbox"/> I期	<input type="checkbox"/> II期	<input type="checkbox"/> III、IV期				
子宮体がん	<input type="checkbox"/> I期	<input type="checkbox"/> II期	<input type="checkbox"/> III、IV期						
4. 初診日	西暦	年	月	日	5. 初発悪性新生物の診断確定日	西暦	年	月	日
6. 検査種類	<input type="checkbox"/> 病理組織学的検査		<input type="checkbox"/> 細胞学的検査		<input type="checkbox"/> () 検査				
7. 初発悪性新生物以外の悪性新生物の有無	<input type="checkbox"/> 有 → 有の場合は、その他(初発悪性新生物以外)の悪性新生物について、ご証明ください	病名			病理組織診断名				
	<input type="checkbox"/> 無								
8. 前医または紹介医の有無	<input type="checkbox"/> 有 → 有の場合は、医療機関名・医師名と初診日をご証明ください	医療機関名・医師名			前医または紹介医の初診日				
	<input type="checkbox"/> 無	医療機関名： 医師名：			西暦 年 月 日				
9. 現在入院有無	<input type="checkbox"/> 有 → 有の場合は、現在の入院期間について、ご証明ください	西暦 年 月 日 ~ 現在 入院中							
10. 初発悪性新生物への手術有無	<input type="checkbox"/> 有 → 有の場合は、初めて罹患したがんを治療するために行った手術をご証明ください <input type="checkbox"/> 無 複数回手術している場合は、②にご証明ください 左右の区別は乳がんの場合にチェック願います	手術名			手術日				
		①	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	西暦 年 月 日					
		②	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	西暦 年 月 日					
3回目以降の手術はこちらにご証明ください									
11. 悪性新生物の所見および再発・転移の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
12. 医療機関情報	所在地	〒 - -			カルテNo.				
	医療機関名								
	電話番号								
	診療科名								
医師名				サイン or 電子印					
		証明日			西暦 年 月 日				

診断書は、保険加入時に必要な書類です。
お手数ですが、診断書をご記入いただく前に、本紙をご覧ください。

記入例 ※赤文字部分のご記入をお願い致します

		診断書 (引受審査用)		医療機関提出用 証明後当社へ送付をお願いします			
【お客さま記入欄】「1.お客さま情報」部分をご自身で記入した上で、医療機関に記入を依頼してください							
1. お客さま情報		フリガナ ホケン ハナコ 氏名 保険 花子	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日 西暦 1985年10月10日 生			
		〒 100-0004 住所 東京都千代田区大手町XX-XX		電話番号 090 - XXXX - XXXX			
【医療機関記入欄】2~12をご記入ください。ご記入にあたっては「診断書記入例」をご覧ください。選択箇所には「□」内にレ点の記入をお願いいたします。							
2. 初発悪性新生物の病名		左乳がん		病理組織診断名 Invasive ductal carcinoma			
3. 初発悪性新生物のステージ分類 <small>※ 悪性新生物に応じた術後の確定したステージをご証明ください</small>		乳がん(左)	<input type="checkbox"/> 0期	<input type="checkbox"/> I期	<input type="checkbox"/> II A期	<input checked="" type="checkbox"/> II B期	<input type="checkbox"/> III、IV期
		乳がん(右)	<input type="checkbox"/> 0期	<input type="checkbox"/> I期	<input type="checkbox"/> II A期	<input type="checkbox"/> II B期	<input type="checkbox"/> III、IV期
		子宮頸がん	0期 → 右記CIN1、2、3から選択		<input type="checkbox"/> CIN1	<input type="checkbox"/> CIN2	<input type="checkbox"/> CIN3
		子宮体がん	<input type="checkbox"/> I期	<input type="checkbox"/> II期	<input type="checkbox"/> III、IV期		
4. 初診日		西暦 2020年11月20日		5. 初発悪性新生物の診断確定日 西暦 2020年12月11日			
6. 検査種類		<input checked="" type="checkbox"/> 病理組織学的検査		<input type="checkbox"/> 細胞学的検査		<input type="checkbox"/> () 検査	
7. 初発悪性新生物以外の悪性新生物の有無		<input type="checkbox"/> 有 → 有の場合は、その他(初発悪性新生物以外)の悪性新生物について、ご証明ください <input checked="" type="checkbox"/> 無		病名		病理組織診断名	
8. 前医または紹介医の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 有の場合は、医療機関名・医師名と初診日をご証明ください <input type="checkbox"/> 無		医療機関名・医師名 医療機関名: XXクリニック 医師名: 医師 太郎		前医または紹介医の初診日 西暦 2020年11月5日	
9. 現在入院有無		<input type="checkbox"/> 有 → 有の場合は、現在の入院期間について、ご証明ください <input checked="" type="checkbox"/> 無		西暦 年 月 日 ~ 現在 入院中			
10. 初発悪性新生物への手術有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 有の場合は、初めて罹患したがんを治療するために行った手術をご証明ください <input type="checkbox"/> 無 複数回手術している場合は、②にご証明ください。左右の区別は乳がんの場合にチェック願います		手術名 ① 乳房切除術		手術日 <input checked="" type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 西暦 2020年12月20日	
				② <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 西暦 年 月 日			
				3回目以降の手術はこちらにご証明ください			
11. 悪性新生物の所見および再発・転移の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
12. 医療機関情報		所在地 〒 100-0004 東京都千代田区大手町XX-XX		カルテNo. 1234567			
		医療機関名 ●●クリニック					
		電話番号 03-XXXX-XXXX					
		診療科名 乳腺科					
		医師名 医療 次郎		サイン or 電子印 証明日 西暦 2021年1月15日			

2. 初発悪性新生物の病名
初めて罹患された悪性新生物の病名と病理組織診断名をそれぞれご証明ください。

3. 初発悪性新生物のステージ分類
初発悪性新生物に応じたステージをご証明ください。
子宮頸がんの場合、0期にCIN1、2、3を含みます。0期の場合は、CIN1、2、3いずれに該当するかご証明をお願いいたします。
乳がんの場合は左右を区別の上、両側に罹患の場合は、両方のステージをご証明ください。

4. 初診日
2.でご証明病名について、貴院を初めて受診された日にちをご証明ください。

5. 初発悪性新生物の診断確定日
初発悪性新生物についての診断確定日をご証明ください。
他院で診断確定がある場合は、その診断確定日をご証明ください。

6. 検査種類
診断確定に至った検査をご証明ください。記載以外の検査は、括弧内に検査名をご証明ください。
他院で診断確定に至る検査を実施した場合は、その検査をご証明ください。

7. 初発悪性新生物以外の悪性新生物有無
「有」の場合は、初発悪性新生物以外の悪性新生物に関する病名、病理組織診断名をご証明ください。

8. 前医または紹介医の有無
「有」の場合は、前医・紹介医について、詳細をご証明ください。

9. 現在入院有無
診断書の証明日時時点で入院されている場合は、「有」とした上で、入院開始日もご証明ください。

10. 初発悪性新生物への手術有無
「有」の場合は、手術詳細をご証明ください。複数回実施の場合は、各手術の詳細をご証明ください。

11. 悪性新生物の所見および再発・転移の有無
悪性新生物の所見および再発・転移の有無をご証明ください。