

事故や入院などの際、保険会社へ保険金請求をする為に必要な書類です。

治療状況申告書

(お客様ご記入用)

「保険金・給付金等請求書」と同一印を押印ください。

記入日	年 月 日		↓	
受取人 (請求権者)	印		親権者 後見人	印
被保険者	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	被保険者 生年月日	年 月 日	
今回ご請求の 傷病について	入院・通院・手術の原因となった傷病名をご記入ください。 <small>※正常妊娠、正常分娩による入院・通院はお支払対象になりません。 異常妊娠、異常分娩を伴う入院・通院・手術の場合は分娩日(予定分娩日)をご記入ください。 分娩日(分娩予定日) 年 月 日 ~ 年 月 日(現在妊娠 週)</small>			
傷病発症時期	おケガの場合は事故日を、ご病気の場合は発症時期をご記入ください。 年 月 日			
治療期間	初診日	年 月 日		
	最終の受診日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 終診 <input type="checkbox"/> 現在通院中 <small>※通院が終了している場合は <input type="checkbox"/> 終診 に、通院中の場合は <input type="checkbox"/> 現在通院中 に○印をご記入ください。</small>		
入院	退院後の通院給付金をご請求する場合も入院期間を必ずご記入ください。			
	第1回	年 月 日 ~	年 月 日	(入院日数 日)
第2回	年 月 日 ~	年 月 日	(入院日数 日)	
手術 (手術見舞金) ※手術給付金 のご請求に はご使用い ただけませ ん。	手術日	年 月 日	手術名	<small>事前に病院へご確認のうえ、正式名称をご記入ください。</small>
	<p style="text-align: center;">手術見舞金をご請求いただく際のご注意</p> <p><手術見舞金について></p> <ul style="list-style-type: none"> ●1日以上入院して受けた手術であることが、手術見舞金ご請求の条件の1つとなります。 ●処置、検査は手術見舞金の支払対象外です。 <p><「治療状況申告書」ご利用にあたって></p> <ul style="list-style-type: none"> ●手術については、手術見舞金のご請求時のみ「治療状況申告書」(当帳票)をご使用いただけます。 ●手術給付金のご請求に「治療状況申告書」(当帳票)は、ご使用いただけません。 <p>※「保険証券」をご覧ください、ご契約に手術見舞金の保障が付加されていることをご確認ください。 ※他の使用条件も含め、「治療状況申告書」(当帳票)の使用条件を全て満たしている場合のみご使用いただけます。他の使用条件は、「保険金・給付金お手続きガイド」〇〇ページをご覧ください。</p> <p><ご記入にあたって></p> <ul style="list-style-type: none"> ●手術名が不明な場合は、手術を行った医療機関へ正式名称をご確認いただいたうえでご記入ください。 ●日帰り入院の場合は、入院日・退院日それぞれに同日をご記入ください。 ●被保険者、手術料、入院期間、入院日が明記された医療機関発行の「領収証のコピー」を裏面に貼付してください。 ●「領収証」上、手術料と処置料などの区分が明記できない場合や、被保険者名、入院期間、手数料が明記されていない場合は、当社所定の「入院・手術・通院等証明書(診断書)」をお取り付けいただく場合があります。 			

※「治療状況申告書」にてご請求いただいた場合でも、改めて当社所定の「入院・手術・通院等証明書(診断書)」のお取り付けをお願いする場合がございます。

通院

2つの病院にご通院された場合は、2つ目の病院への通院日は△印をご記入ください。

年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			

通院給付金をご請求いただく際のご注意

- カレンダーにご記入がない場合はお支払対象となりません。
- 通院保障には、次の2種類の特約があります。ご契約内容については「保険証券」をご覧ください。

特約名	保障対象期間	お支払限度日数
通院特約(※1)	退院された翌日から120日以内の通院	30日
災害通院特約	事故の日からその日を含めて180日以内の通院	90日

※1 入院給付金のお支払対象となる継続5日(※2)以上の入院があることが条件となります。

※2 契約時期・内容によって、通算5日の場合があります。お手元の「保険証券」をご覧ください。

災害通院給付金をご請求される場合は、該当部分に○をご記入ください。

ケガの部位

頭部
 腹部
 頸部(くび)
 腕
 手
 足
 その他 []

災害通院給付金をご請求される場合は、該当する状態に○をご記入ください。

ケガの状態

打撲
 捻挫
 骨折
 きり傷
 すり傷
 その他 []

今回の治療先

入院・通院・手術をされた病院①

所在地

<input type="radio"/> 都	<input type="radio"/> 道	<input type="radio"/> 市	<input type="radio"/> 区	<input type="radio"/> 区	<input type="radio"/> 町
<input type="radio"/> 府	<input type="radio"/> 県	<input type="radio"/> 市	<input type="radio"/> 区	<input type="radio"/> 郡	<input type="radio"/> 村

電話 ()

名称

主治医 ()科 先生

入院・通院・手術をされた病院②

所在地

<input type="radio"/> 都	<input type="radio"/> 道	<input type="radio"/> 市	<input type="radio"/> 区	<input type="radio"/> 区	<input type="radio"/> 町
<input type="radio"/> 府	<input type="radio"/> 県	<input type="radio"/> 市	<input type="radio"/> 区	<input type="radio"/> 郡	<input type="radio"/> 村

電話 ()

名称

主治医 ()科 先生

領収証コピー・診療券コピー貼付欄

- 【入院給付金の場合】 被保険者名、入院期間が明記された医療機関発行の「領収証コピー」を貼付
- 【手術見舞金の場合】 被保険者名、入院料、手術料が明記された医療機関発行の「領収証コピー」を貼付
- 【通院給付金の場合】 被保険者名が明記された通院時の医療機関発行の「領収証コピー」または「診療券コピー」を貼付