

当報告書の使用にあたり、「記入のご案内」を確認し、以下のことについて了承のうえ請求します

- 記載内容に相違ないことを確認し、万一事実と異なることが判明した場合は、給付金が支払われず、また、既に支払われた給付金があるときはこれを返還すること
- 添付書類(医療機関発行の領収書、または病院発行の貴社所定外の診断書コピー等)について、支払可否が判断できない場合は貴社所定の診断書を提出すること
- 治療を受けられた病院または診療所に、貴社が不明点等を確認すること

平成 年 月 日 受取人  被保険者との続柄

※受取人が未成年などの場合は、親権者(後見人)が署名ください。

**① 記載事項**

被保険者名 (治療を受けた方)	<input type="text"/>	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日	昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
傷病名	<input type="text"/>		発症日 または 事故日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
初診日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		事故の場合 (転倒等)	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
上記傷病の 原因	病気の場合 ※「傷病名」のその原因がある場合に病名をご記入ください。		事故の場合 (転倒等) ※不慮の事故が原因の場合には「受傷状況報告書」をあわせて提出ください。	
医療機関名	<input type="text"/> (医師名)		住所 [病院 または 診療所]	電話 ( )

**② 添付書類** 給付金種類により、添付する客観資料の提出をお願いします。(詳細は「記入のご案内」を参照ください)

給付金種類	●入院給付金	●外来手術給付金 ●外来放射線治療給付金	●手術給付金 ●三大疾病入院給付金 ●集中治療給付金	●先進医療給付金
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 [または <input type="checkbox"/> 診断書コピー ※③治療状況の記載は不要です]	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 診断書コピー	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診断書コピー

**③ 治療状況** 上記傷病の治療状況についてご記入ください。

入院

●入院期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日  
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日  
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日  
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

※不慮の事故が原因で入院期間中に以下の手術を受けられた場合のみ、該当の手術にチェックのうえ、手術日をご記入ください。

抜釘術 [骨を固定するために使われたボルト・プレート・鋼線等を取り出すための手術] 手術日 平成 年 月 日  
 瘻痕形成術 [熱湯や手術などによる傷痕の凹凸やひきつれ等を目立たなくするための手術]

外来手術 手術名  手術日 平成 年 月 日

●外来放射線  放射線照射を実施 開始日 平成 年 月 日 終了日 平成 年 月 日  
 温熱療法を実施

※当社所定の診断書を提出の場合は、当報告書の提出は不要となります。