

① 署名欄

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や入院診療計画書・診療明細書等、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

令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	受取人 <input type="text"/>	被保険者との続柄 <input type="text"/>
※受取人が未成年などの場合は、親権者(後見人)がご署名ください。		

② 記載事項

被保険者名 (治療を受けた方)	性別	生年月日
※受取人と被保険者が異なる場合は必ずご記入ください。	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	昭和 <input type="text"/> 平成 <input type="text"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
傷病名	左記傷病の原因	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」をあわせてご提出ください。
初診日	発症日 または 事故日	
<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	

③ 添付書類

給付金種類に応じて、添付書類(いずれもコピー可)のご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 ●大院支援給付金	●三大疾病入院給付金	●手術給付金 <small>手術(外来・入院時) ※外来・入院中を含みます ※治療支援給付特約の「外来手術給付金」のみ請求の場合は右欄となります</small>	●外来手術給付金 ●外来放射線治療給付金	●集中治療給付金	●先進医療給付金
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書等(*1)	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書(*2)	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 診断書	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診断書



④ 入院

入院期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

⑤ 手術

手術名は、診療明細書を確認のうえ正確にご記入ください。

手術名 <input type="text"/>	部位 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方	手術日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
手術名 <input type="text"/>	部位 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方	手術日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
手術名 <input type="text"/>	部位 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方	手術日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

⑤-1

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してください。

<input type="checkbox"/> 抜釘術 <input type="checkbox"/> 瘻痕形成術	<input type="checkbox"/> 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]	<input type="checkbox"/> 瘻痕形成術 [熱湯や手術等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]
--	--	--

⑥ 放射線・温熱療法

<input type="checkbox"/> 放射線照射	[開始日]	[終了日]
<input type="checkbox"/> 温熱療法	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

※当会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。