

診療明細書・領収書・退院証明書でご請求される場合は、以下 **2** ~ **5** をご記入ください。
 ※診断書の省略には一定の条件がございます。条件については表面にて再度ご確認ください。
 ご記入いただいた治療状況について、弊社より医療機関などへ確認させていただく場合もございますので、ご了承ください。

* 記入誤りの場合は、二重線と訂正印で訂正・ご記入ください。

2 治療状況 * 記入欄が不足する場合には、**5** 「*その他」欄にご記入ください。

※入院期間が記載された医療機関の領収書または退院証明書(コピー可)を添付してください。診療明細書に入院期間が記載されている場合は、診療明細書(コピー可)でも可能です。

傷病名			初診日	年	月	日
治療期間	【入院①】	【入院②】				
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日				

以下のご請求の際は、手術・放射線治療の内容が確認できる診療明細書(コピー可)をご提出ください。診療明細書がない場合は、領収書と診療報酬明細書、手術同意書等、手術の内容が確認できる書類のご提出をお願いします。ご提出いただいても、弊社より医療機関等へ確認させていただく場合もございますので、ご了承ください。

手術	<input checked="" type="checkbox"/> 有	【手術①】	【手術日】	【手術名または手術内容】※おわりの範囲でご記入ください。
			年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 無	【手術②】	【手術日】	【手術名または手術内容】※おわりの範囲でご記入ください。
			年 月 日	

放射線 温熱療法	<input checked="" type="checkbox"/> 有	照射中 ● 照射終了 ○	※「有」の場合は下記通院のカレンダーにて放射線治療を受けた日に△印をお付けください。
	<input type="checkbox"/> 無		

通院	・通院保険金が対象となるご契約のみ、「通院治療を受けた日」に○印をお付けください。 ・2力以上の医療機関に通院された場合は、○・×等で区別してください。																														合計	
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日

医療機関	【名称】(例: ●●病院等)
------	----------------

今回のおけが・ご病気で上記医療機関以外で受けた治療	<input checked="" type="checkbox"/> 有	【医療機関名】	【初診日】
			年 月 日
	<input type="checkbox"/> 無	【治療期間】	
		年 月 日 頃 ~ 年 月 日 頃	

既往症・持病 (今回のおけが・ご病気以外)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	【傷病名】	【初診日】
			年 月 日
	<input type="checkbox"/> 無	【医療機関名】	【初診日】
			年 月 日 頃 ~ 年 月 日 頃

4 事故の内容 * この欄はおけがの場合のみご記入ください。

事故状況	日時	年 月 日	午前・午後	時 頃	運転中の事故の場合のみ ご記入ください。
	状況	記入例: 通勤中急いでいたために、階段でつまずき、足首を骨折した。			飲酒の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有効な免許証 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

5 * その他 (上記以外の入院期間など、記入欄が不足する場合には、下欄にご記入ください。)

--