

# 診療状況申告書

## 三井住友海上火災保険株式会社 宛

以下の申告に相違ありません。また、貴社が医療機関に対し「診療状況申告書」（以下、「申告書」といいます。）に基づき医療機関に照会された際、医療機関から回答が得られない場合には、改めて貴社所定の「診断書」を提出します。

保険金請求額が10万円以下の場合には、「診療状況申告書」をご提出いただくことにより、「診断書」のご提出にかえることができます。  
「診断書」をご提出いただく際は、「診療状況申告書」は不要ですが、以下のような場合には、「診療状況申告書」のご提出をお願いすることがあります。  
(例)・2つ以上の医療機関で治療され、一部の医療機関のみ「診断書」を取得されている場合。  
・「診断書」取得後に再び医療機関で治療されている場合。

ご申告者	作成日 平成 年 月 日	
	おケガをされた方(補償の対象者) 平成 年 月 日	
おケガをされた方	ご申告者に同じ ご申告者と異なる場合には、以下に「おケガをされた方」をご記入ください。	
	生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日生	性別 (男・女)
医師に診断された傷病名 (外傷名)	今後の入院・通院治療のご予定 (無・有)	
おケガをされた体の部位	(頭・顔・眼・歯・首・肩・胸・腹・背・腰・でん部) (左・右)腕<手指以外>・(左・右)手指 (左記以外) (左・右)足<足指以外>・(左・右)足指	
おケガの症	(打撲・切り傷・すり傷・捻挫・じん帯損傷・骨折・脱臼・内出血・熱傷) (その他の場合)	縫合の有無 (無・有) キズの長さ cm
ギブス等の固定具の有無	常時装着された固定具の種類 (※)	常時装着された固定具の使用期間
	ギブス・シーネ・ギブスシーネ・ギブスチャーレ (創外固定具・その他)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (使用期間: 日間)
入院治療された期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (入院期間: 日間)	通院して実際に治療を受けた日に○印をご記入ください。 *「診断書」をご提出いただいた場合には、「診断書」記載以外の、通院して実際に治療を受けた日について○印をご記入ください。
	通院治療された期間 (上記期間のうち実際に通院された日数: 日)	( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日計
手術等実施の有無	手術名 ( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日計	手術日: 平成 年 月 日 ( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日計
	手術等の種類 (開頭術・開胸術・開腹術) (胸腔・腹腔ドレナージ・その他) ( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日計	
先進医療の受療の有無	技術名 ( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日計	期間 ( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日計
	期間 ( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日計	
診察券コピー貼り付け位置	( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日計	
医療機関名:	( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日計	
電話番号:	( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日計	
所在地:	( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日計	
診療科名:	( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日計	
医師名:	( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日計	

必ずご記入ください。

2つ以上の医療機関で治療された場合は、「診察券コピー貼り付け位置」欄の○印(表面)△・□印(裏面)に合わせて○△□等で区別してご記入ください。

通院して実際に治療を受けた日の欄に○印でご記入された医療機関について、貼り付けまたはご記入ください。

【お読みください】  
「申告書」のご記入に際しては、医療機関にご確認のうえ、正確なご記入をお願いいたします。特に「医師に診断された傷病名(外傷名)」欄、「ギブス等の固定具使用の有無」欄、「手術等実施の有無」「先進医療の受療の有無」欄は、ご担当の医師に十分ご確認ください。また、「申告書」のご記入内容に関して、後日弊社から医療機関、ご申告者等にご照会をさせていただくことがございますので、ご了承願います。  
(※)「常時装着」とは、日常生活全般において「固定具」を常に使用している状態をいい、「入浴時のみ固定具を取り外す場合」、「就寝時のみ固定具を取り外す場合」、「入浴時および就寝時のみ固定具を取り外す場合」等の状態を含みます。また、主な「固定具の種類」につきましては、裏面に説明を記載しておりますので、ご参照ください。

