

(記載例)

【傷害保険用】

診療状況申告書

三井住友海上火災保険株式会社 宛

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。

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。

		作成日	平成 30年 7月 15日	
ご申告者	地域 一郎	おケガをされた日	平成 30年 7月 2日	
おケガをされた方(補償の対象者)	ご申告者と同じ 地域 太郎	生年月日	大正・昭和・平成 23年 8月 1日生	性別 男・女
医師に診断された傷病名(外傷名)	左足首捻挫	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 手 足	(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		
おケガの症状	打撲 切り傷 すり傷 捻挫 じん帯損傷 骨折 脱臼 内出血 熱傷	縫合の有無(無・有)	キズの長さ cm	
ギプ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		
	ギプス・シーネ・ギプスシーネ・ギプスシャーレ 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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (上記期間のうち実際に通院された日数: 日)	(7)月	
手術等の実施の有無	手術名( ) 手術日:平成 年 月 日 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)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計		
	・創傷処理の場合 (筋肉に達する・筋肉に達しない) ・筋骨関係手術の場合 (靱帯・非靱帯) ・植皮術の場合 (25cm <sup>2</sup> 以上・25cm <sup>2</sup> 未満)	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 計		
先進医療の受療の有無	技術名( ) 期間 ( 年 月 日から 年 月 日まで)	21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日		
	診察券コピー貼り付け位置 <診察券がない場合にはこの欄にご記入ください。> ※2つ以上の医療機関で治療された場合は、裏面もご利用ください。	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計		
医療機関名: みらい病院	電話番号: 03 - 9876 - 5432	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 計		
所在地: 〒101-0001 東京都中央区新川 10-2	診療科名: 整形外科 科	21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日		
医師名: 鈴木		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計		
【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、「ギプ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、ご了承ください。 (※)「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。				

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したはご記入ください。