

通院状況報告書 記入例

※機械印字されている場合には、
印字内容をご確認ください。

5041600

通院状況報告書

＜「通院状況報告書」のご利用にあたって＞

- 本書面で請求される場合、被保険者が明記された「診察券」または「領収証（診療明細書でも可）」のコピーを併せてご提出ください。（医療機関が2箇所以上の場合は、各医療機関分が必要です。通院日数に関わらず、1つの医療機関につき1日分の書類のご提出で結構です。）
- この「通院状況報告書」は「通院証明書」に代わるものです。必ずご請求者ご自身がご記入ください。（医師の証明は不要です）
- 本書面に記載された内容と異なる事実が判明した場合には、給付金をお支払いできないこともございますのでご了承ください。
- 当社が必要とした場合には「通院証明書」のご提出をお願いすることがございますのであらかじめご承知おください。
- ※ 通院給付金は、入院給付金の支払われる入院をされた後の、入院の原因となった傷病の治療を目的とした通院が対象となります。
- ※ 退院日の翌日から起算して120日経過後の通院や、一つのご病気やおケガで30日を超えた通院は対象となりません。

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

受付番号 19-000000-0

■記入事項に相違はありません。

■本件について貴社が必要とする事項を、病院などに照会または事実確認することについて、被保険者とともに同意します。

■法人が受取人（請求権者）の場合、病院などに照会または事実確認することについて、被保険者から同意を得ています。

※親権者・後見人からのご請求の場合は、請求書をご記入いただいた親権者・後見人がご記入ください

1 記入日	令和 元年 10月 1日	3 保険証券番号	表示がない場合はご記入ください。 サ0123456789	
2 受取人（請求権者）または親権者・後見人	必ずお名前をご記入ください。（自署） ひまわり 太郎			
被保険者	フリガナ ヒマワリ タロウ	性別	被保険者生年月日	昭和 45 年 6 月 7 日
傷病名	ひまわり 太郎			
傷病発生時期	ご病気の場合は症状を自覚されたおおよその時期を、おケガの場合は受傷された日をご記入ください。 2019年 8月 1日			
分娩日（分娩予定日）	妊娠に伴うご傷病の場合のみご記入ください。正常妊娠・正常分娩による入院・通院はお支払い対象になりません。 年 月 日			
治療期間	初診日	当該傷病の初診日を分ける範囲でご記入ください。 年 月 日		
	現在の受診状況	通院中の場合は、現在通院中に○印、終診の場合は、終診に○印をし、最終の受診日をご記入ください。 現在通院中 終診 ⇒ 2019年 8月 26日		
入院	日帰り入院の場合は、入院日・退院日それぞれに同日をご記入ください。 第1回 2019年 8月 13日 ~ 2019年 8月 19日 第2回 年 月 日 ~ 年 月 日 第3回以降はこちらへご記入ください。			

カレンダーに「年月」をご記入のうえ、通院日に○印をご記入ください。

2か所の医療機関に通院された場合、下欄「治療先②」への通院日は△印をご記入ください。

2019年 8月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		4 日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計 日
年 月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		計 日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計 日
年 月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		計 日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計 日
年 月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		計 日

通院給付金をご請求いただく場合のご注意 ●カレンダーにご記入がない場合および入院前の通院はお支払い対象となりません。
●支払対象日数：退院後120日以内の通院で30日限度

今回の治療先※治療先が1か所、ご提出いただく領収証コピー等で名称・診療科が確認できる場合は、ご記入不要です。

治療先①	医療機関名	ひまわり病院	診療科	眼科
治療先②	医療機関名	新宿ひまわり病院	診療科	眼科

81

実際に通院された日付に○印をご記入ください。
2か所の医療機関に通院された場合は、「治療先①」にご記入の通院日には○印を、「治療先②」にご記入の通院日には△印をご記入ください。

8 診察を受けた医療機関名・診療科をご記入ください。2か所で治療を受けられた場合は、「治療先②」も同様にご記入ください。
※治療先が1か所、ご提出いただく領収証コピー等で医療機関名・診療科が確認できる場合は、ご記入は不要です。

1 本通院状況報告書をご記入いただいた日付をご記入ください。

2 請求書にご記入いただいた受取人（請求権者）ご本人様が自署してください。

3 被保険者（傷病者）様、受取人（請求権者）様が同一となるご契約が複数ある場合は、全ての保険証券番号をご記入ください。

4 傷病名をご記入ください。医師に傷病名を診断されていない場合や傷病名が不明な場合は、症状をご記入ください。（例：腹痛、めまいなど）

5 発症時期をご記入ください。発症時期または受傷日が不明確な場合は、おおよその日付をご記入ください。

6 今回の入院期間をご記入ください。