

治療状況報告書（入院・手術） 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。

「お手続きガイド」にて必要書類をご確認のうえご提出ください。

1 本治療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 病気やケガの名前を医師に診断されていない場合や不明な場合は、症状をご記入ください。（例：腹痛、めまいなど）

5 発生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 手術を受けられた日付をご記入ください。眼の手術の場合は、手術部位のいずれかに○印をご記入ください。同じ手術を別日で実施した場合はそれぞれの日付をご記入ください。

7 診療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か所で、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。

5041100			
治療状況報告書（入院・手術）			
<p>＜「治療状況報告書」のご利用にあたって＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ●「治療状況報告書」（以下、本書面）は、一定の条件を満たした場合にご利用いただけます。ご利用条件については、「お手続きガイド」をご確認ください。 ●本書面は、「入院・手術・通院等証明書（診断書）」に代わるものです。（医師の証明は不要です。） ●必ず受取人（請求権者）または親権者・後見人様をご記入ください。受取人（請求権者）と被保険者が異なる契約の場合「受取人（請求権者）」欄以外の欄は、被保険者でもご記入いただけます。 ●本書面に記載いただい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。あらかじめご了承ください。 ●本書面でご請求いただいた場合でも、改めて当社所定の「入院・手術・通院等証明書（診断書）」のお取り付けをお願いする場合がございます。 			
SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛		受付番号 19-000000-0	
<p>■記入事項に相違はありません。</p> <p>■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。</p> <p>■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。</p>			
1 記入日	2022 年 5 月 5 日	※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・後見人をご記入ください	
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	3 保険証券番号	表示がない場合はご記入ください。 サ0123456789
被保険者	フリガナ ヒマリ タロウ ひまわり 太郎	性別	男
4 病気やケガの名前	白内障		
5 病気やケガの発生時期	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。 2022 年 4 月 12 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・手術・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かる範囲でご記入ください。 2022 年 4 月 13 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。 <input checked="" type="radio"/> 現在通院中 <input type="radio"/> 終診 ⇒ 2022 年 4 月 26 日	
入院	第1回	2022 年 4 月 13 日	～ 2022 年 4 月 19 日
	第2回	年 月 日	～ 年 月 日
	第3回	年 月 日	～ 年 月 日
	第4回以降はこちらへご記入ください。		
6 手術	手術日 手術部位	受けられた手術の日付をご記入ください。 眼の手術の場合は、いずれかの部位に○印をご記入ください。 第1回 2022 年 4 月 13 日 (手術部位: <input checked="" type="radio"/> 右眼 <input type="radio"/> 左眼 <input type="radio"/> 両眼) 第2回 2022 年 4 月 18 日 (手術部位: <input type="radio"/> 右眼 <input checked="" type="radio"/> 左眼 <input type="radio"/> 両眼)	
今回の治療先※治療先が1か所で、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。			
7 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