

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

記入事項に相違はありません。

また、本件について貴社が必要とする事項を、病院等に照会または事実確認することに同意します。

記入日	年 月 日		※年はすべて西暦でご記入ください。	
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)		様	
被保険者	必ずお名前をご記入ください。		性別	被保険者 生年月日
	様		男性 女性	年 月 日
今回ご請求の 傷病について	入院・通院・手術の原因となった傷病名をご記入ください			
ケガの 部位	該当する部位に○印をご記入ください。 頭部 頸部(くび) 腹部 腕 手 足 その他 []			
ケガの 状態	該当する状態に○印をご記入ください。 打撲 捻挫 骨折 脱臼 その他 []			
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。 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。 年 月 日		
	現在の受診 状況	※通院中の場合は、「現在通院中」に○印をご記入ください。 ※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。 年 月 日 終診 現在通院中		
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	年 月 日 ~ 年 月 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。			
手術	受けられた手術の日付をご記入ください。また、手術の正式名称をご記入ください。不明な場合は、手術を行った医療機関へご確認をお願いいたします。			
	第1回	年 月 日	手術名	
	第2回	年 月 日	手術名	
通院	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。			
	年 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	計	日
	年 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	計	日
	年 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	計	日
	年 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	計	日
	年 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	計	日
	年 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	計	日
	年 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	計	日
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医療機関名・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		診療科	
治療先②	医療機関名		診療科	

<震災用治療状況報告書にてご請求いただく条件>

- 2024年能登半島地震を原因とする災害の給付金の請求であること。
- 入院のご請求の場合、被保険者名が明記された医療機関発行の領収証のコピーを提出いただけること。
- 通院のご請求の場合、被保険者名と医療機関名が明記された診察券(または領収証)のコピーを提出いただけること。
- 手術給付金等のご請求の場合、被保険者名・手術名が記載された医療機関発行の診療明細書のコピーを提出いただけること。

※「震災用治療状況報告書」にてご請求いただいた場合でも、必要に応じて「入院・手術・通院証明書(診断書)」をお取り付けいただくことがあります。