

2024年能登半島地震専用

震災用治療状況報告書 (お客様ご記入用)

5042100

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 ※親権者・後見人の請求の場合は、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。						
被保険者	必ずお名前をご記入ください。 様		性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	被保険者 生年月日	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。 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部(くび) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> その他								
ケガの 状態	該当する状態に○印をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> (終診) <input type="checkbox"/> (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
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うこと。
- 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うこと。
- 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うこと。

※「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)」を取り付けいただくことがあります。