

# 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きください。

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。

S O M P O 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。

受付番号

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

記入日	年 月 日		
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)	保険証券 番号	表示がない場合はご記入ください。
被保険者	フリガナ	性別	被保険者 生年月日
病気やケガの 名前			
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		
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、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 type="checkbox"/> 現在通院中 <input type="checkbox"/> 終診 年 月 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	年 月 日	～ 年 月 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。			

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

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。

治療先	医療機関名	診療科
治療先	医療機関名	診療科