

「治療状況報告書」記入例

受取人(請求権者)ご本人様にご記入ください

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 「保険金・給付金等請求書」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 今回ご病気やおケガをされた方のお名前をご記入ください。

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 該当の病名にチェックし、投薬治療開始日をご記入ください。

6 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。

7 おケガをされた場合、該当する部位および状態に○印をご記入ください。

治療状況報告書 (お客さまご記入用)									
<div>【治療状況報告書のご利用にあたって】 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、「保険金・給付金お手続きガイド」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・後見人がご記入ください。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。</div> <div>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。 ■本「治療状況報告書」裏面に記載の「個人情報の取扱いについて」の内容を確認し、被保険者とともに同意します。 ■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。</div>									
1	記入日	2022年 5月 5日							
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 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。			
3	被保険者	ひまわり 太郎 様		性別	男	被保険者生年月日	昭和45年 6月 7日		
4	病気やケガの名前	白内障				5	以下の傷病において、投薬治療を受けている場合は、チェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症、高脂血症) <input type="checkbox"/> 高血糖症(糖尿病) ➡ 投薬治療開始日をご記入ください。 年 月 日		
6	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 1日							
7	おケガの場合	部位	該当する部位に○印をご記入ください。 <input type="radio"/> 頭部 <input type="radio"/> 頭部(くび) <input type="radio"/> 腹部 <input type="radio"/> 腕 <input type="radio"/> 手 <input type="radio"/> 足 <input type="radio"/> その他()						
		状態	該当する状態に○印をご記入ください。 <input type="radio"/> 打撲 <input type="radio"/> 捻挫 <input type="radio"/> 骨折 <input type="radio"/> 脱臼 <input type="radio"/> その他()						
	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 (現在妊娠 週)							
	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○印をご記入ください。 ※通院が終了している場合は、終診に○印をし、最終の受診日をご記入ください。 <input type="radio"/> 現在通院中 <input checked="" type="radio"/> 終診 ⇒ 2022年 4月 26日						
受付番号 7XXXXXX									
右面も必ずご記入ください。									

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。																	
手術	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)															
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。																	
	2022年 4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		2日
	年 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		日
	年 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		日
年 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		日	
年 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		日	
年 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		日	
年 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		日	
10	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	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					

8 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。

9 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。
※ご契約に通院の保障がない場合は、ご記入は不要です。

10 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○印をご記入ください。

訂正方法	
修正箇所を二重線で消し、余白に修正後の内容をご記入ください。	
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) ひまわり 太郎 様 ひまわり 花子