

「【医療用通院特約専用】請求書兼治療状況報告書」記入例

受取人(請求権者)ご本人様がご記入ください。

1

本請求書兼治療状況報告書をご記入いただきたい日付をご記入ください。

2

今回のご請求に関する支払明細書等を郵送させていただく際の希望郵送先について、前回郵送先からの変更をご希望の場合のみご記入ください。

3

- 受取人(請求権者)ご本人様が自署してください。
- 法人からご請求いただく場合は、「法人名」「代表者役職名」「代表者氏名」の全てをご署名ください。(スタンプ印可)

4

以下のとおり、お受取口座をご指定ください。

左面の記入例

1

【医療用通院特約専用】請求書兼治療状況報告書

SOMPOひまわり生命保険株式会社 空

■貴社保険約款の規定により下記契約に基づき、裏面「個人情報のお取扱いについて」の内容に同意の上、保険金・給付金等を請求します。

なお、下記被保険者と請求者が異なる場合、個人情報の取扱について被保険者の同意を得て請求しています。

■下記記入欄への送込完了をもって本請求への支払金を受領したものと認めます。

本件について、受取人(請求権者)が全責任を負い、貴社に対して一切迷惑をかけません。

■本請求の支払金は受取人(相続人を含む)全員から請求し受領すべきですが、受取人が複数である場合も代表者である私に支払ってください。

本件について、後日利害関係者から異議申し立てがあった場合、私が全責任を負い貴社に対して一切迷惑をかけません。

■本請求の被保険者が生たる被保険者の子の場合は、子は当該契約の被保険者となることに同意しています。

本書面は、受取人(請求権者)様がご記入ください。

記入日 2024年03月24日 *親権者・後見人は代筆可能です。

保険証券番号 12345-678

被保険者名 ひまわり 太郎 様

前回郵送先 (支払明細書等) 163-8626 東京都新宿区西新宿××××

支払明細書等 郵送先

(上記の前回郵送先から変更がある場合は、ご記入ください)

希望連絡先

電話番号 03(XXXX)XXXX

自署 フリガナ ヒマワリ タロウ

性別 男

印

受取人(請求権者) 氏名 ひまわり 太郎 様

生年月日 昭和 平成 令和 55年 6月 7日

被保険者からみた続柄 本人 配偶者 親 子 法人 その他

()

受取人(請求権者)が未成年の場合や後見人が選任されている場合は、下記の欄にもご記入ください。

親権者・後見人 氏名 フリガナ

自署 様

受取人からみた続柄 ()

配偶者 父 母 子 その他

()

給付金などのお受取口座 必ず、受取人(請求権者)名義の口座をご指定ください。

口座名義 カタカナでご記入ください

ヒマワリ タロウ

ゆうちょ銀行以外

金融機関名 フリガナ ミズホ

みずほ

銀行 信用組合

信託銀行 農協

信用金庫 労働金庫

金融機関コード 00001

口座種類 普通(総合) 当座 振 蓄 口座番号(右づめ)

1 2 3 4 5 6 7

通帳記号 1 0 通帳番号(右づめ)

1 2 3 4 5 6 7

ゆうちょ銀行の口座を指定される場合は、通帳の表紙裏面に印字されている「記号」「番号」をご記入ください。

右面も必ずご記入ください。

・受取人(請求権者)が法人の場合は、法人印をご押印ください。

・上記以外はご押印は不要です。

受取人(請求権者)様
が個人の場合

- 「受取人(請求権者)氏名」欄にご署名いただいた方ご本人様名義の口座をご記入ください。
- 配偶者様など、ご家族名義の口座はご利用いただけません。
- 親権者・後見人様からのご請求の場合は、「親権者・後見人氏名」欄にご署名いただいた親権者・後見人様名義の口座でもご利用いただけます。

受取人(請求権者)様
が法人の場合

「受取人(請求権者)氏名」欄にご署名いただいた法人名義の口座をご記入ください。
(法人代表者様など、個人名義の口座はご利用いただけません。)

※金融機関コード・支店コードが不明な場合は空欄のままご提出ください。

※ゆうちょ銀行の場合は、通帳記号5桁、通帳番号8桁を右詰めでご記入ください。

右面の記入例は裏面をご覧ください。

全て記入が終わりましたら、本請求書とあわせて、必要書類のコピーとともに、同封の返信用封筒にてご返送をお願いします。

(24060106)891054-0700 (24.10)

「【医療用通院特約専用】請求書兼治療状況報告書」記入例

受取人(請求権者)ご本人様がご記入ください。

5

ご請求いただく、通院の原因となつた傷病名を必ずご記入ください。

6

治療が完了した日をご記入のうえ、
□終診□に○をご記入ください。
通院中の場合は、日付は記入せずに
□現在通院中□に○をご記入ください。

7

実際に通院された日付に○をご記入ください。

2つの病院に通院された場合

⑧の「今回の治療先」欄「治療先①」にご記入の医療機関に通院した日には○を、「治療先②」にご記入の医療機関に通院した日には△をご記入ください。

8

治療を受けた医療機関・診療科の名称をご記入ください。

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医療機関名・診療科の名称が確認できる場合はご記入不要です。

右面の記入例

インターネット請求 

新規登録・ログインは[こちら](#)から



通院状況 通院状況について、ご記入ください。 カレンダーにご記入がない場合はお支払い対象となりません。

入院・通院の原因となった傷病名	肺炎												
治療期間	最終の受診日	2024年 2月 24日											
□終診□													
□現在通院中□													
通院日	2024年 2月												
□年□月□日□													
カレンダーに「年月」を記入のうえ、□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、以下の「治療先①②」欄にご記入の病院への通院は△印をご記入ください。													
必要書類	本書面と合わせて、被保険者名・医療機関名が記載された以下の書類を必ず提出ください。												
添付いただく書類	通院先の医療機関が確認できるもの • 診察券コピー (※1) 診察券コピーがない場合は、領収証コピー (※2)または、診療明細書コピー (※2)のいずれかをご提出ください。 医療機関が2か所以上の場合、各医療機関分が必要です。 ※1 診察券には通院日の記載がなくても結構です。 ※2 1か所の医療機関につき1日分の領収証コピーまたは診療明細書コピーをご提出ください。												
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	ひまわり病院 内科											
治療先②	医療機関名・診療科	向日葵総合病院 内科											

取扱者・会社使用欄

取扱者受付日欄 年 月 日	A 2 0 2 4 - 1 2 3 4 5 - 0		
取扱者名 (自署)	会社送付日 令和6年 3月 1日	本社到着日	本社書類完備日
会社使用欄	宮薬店受付日	宮薬店送付日	

(24060105) 890996-0700 (24.10)

5010200

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。

〈例〉

受取人(請求権者)氏名	フリガナ
自署	ヒマワリ太郎 様
ひまわり花子	

左面の記入例は裏面をご覧ください。

全て記入が終わりましたら、本請求書とあわせて、必要書類のコピーとともに、同封の返信用封筒にてご返送をお願いします。