

治療状況報告書

5042100

(お客さまご記入用)

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。

■貴社の【個人情報の取扱いに関する事項】、【第三者への提供および第三者からの取得】、【センシティブ情報の取扱い】について確認し、被保険者とともに同意します。

【個人情報の取扱いに関する事項】

当社は、本契約に関する個人情報を次の目的のために業務上必要な範囲で利用します。①各種保険契約のお引き受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い、本人確認②再保険契約の締結、再保険金の請求③関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供(※)④当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実⑤その他保険に関連・付随する業務等(※)※お客さまの属性情報、取引履歴やウェブサイトの閲覧履歴等の情報を分析して、お客さまのニーズにあった各種商品・サービスに関する広告等の配信等を行うことを含みます。

【第三者への提供および第三者からの取得】

当社は、次の場合に本契約に関する個人情報を第三者に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。①医療機関などの関係先(医師・面接士・契約確認会社等)に業務上必要な照会を行う場合②再保険契約の締結や再保険金の受領等のために、国内外の再保険会社に必要な個人情報を提供する(再保険会社が国内外の別の再保険会社へ情報を提供する場合があります。)③法令に基づく場合④当社の業務遂行上必要な範囲で、募集代理店を含む委託先に提供する場合(※)⑤当社の国内外のグループ会社・提携会社との間で共同利用を行う場合⑥契約内容登録制度、契約内容照会制度および支払査定時照会制度に基づき、他の生命保険会社、共済、(一社)生命保険協会との間において共同利用を行う場合※ご提出いただいた診断書等の書類について、国内の委託先を通じて外国企業等に翻訳業務を委託することがあります。

【センシティブ情報の取扱い】

当社は、保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含みます。)の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

■法人が受取人(請求権者)の場合、病院等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。

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)	様
被保険者	必ずお名前をご記入ください。 様	性別 男性 女性 被保険者 生年月日 年 月 日
病気やケガの 名前	必ず傷病名をご記入ください。	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
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) 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 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	
分娩日 (分娩予定日)	妊娠に伴うご傷病名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。 年 月 日
	現在の受診 状況	※通院中の場合は現在通院中に○印、通院が終了している場合は終診に、○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。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	年 月 日 (手術部位: 右眼 左眼 両眼)
第2回	年 月 日 (手術部位: 右眼 左眼 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。	
	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、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