

「治療狀況報告書」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 「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** おヶガをされた場合、該当する部位および状態に〇印をご記入ください。

- 7 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。

- 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〇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。

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 完

■記入事項に誤植はあります。
■次の「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】【 개인정보의 취급에 대한 사항】 【第三者への提供および第三者からの取得】 【개인정보의 취급에 대한 사항】について改訂し、被保険者とともに同意します。

■貴社の【個人情報の収集】に関する事項

【個人情報の取扱いに関するお申情書】
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、再保険会社の請求^③開通属性、提携会社を含む各種商品・サービスのご案内、提供^④④当社事業に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実^⑤その他の保険に関する情報・付随する業務等^⑥※⑤お客様の開通属性等の情報の分析して、お客様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することを含みます。}

【第三著への提供および第三著からの取扱】

（注）④は、次のとおりである。
（注）⑤は、各保険会社が国内の他の保険会社へ情報を提供する場合も含む。
（注）⑥は、各保険会社の間で共同利用を行う場合を示す。
（注）⑦は、各保険会社の間で共同利用を行わない場合を示す。

(一社)生命保険協会との間に「かみのくに情報の取扱い」

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、病院等に相談または事実確認することについて、被保険者割り同意を得ています。

1 入日	2024年 5月 5日			
2 受取人 請求権者 または 親・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			
3 保険者	必ずお名前をご記入ください。 ひまわり 太郎 様	性別 <input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性		
4 疾患やケガの 名前	必ず疾患名をご記入ください。 白内障			
5 ケガの 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"/> 脳部 <input type="radio"/> 腹部 <input type="radio"/> 胸 <input type="radio"/> 手 <input type="radio"/> 足 <input type="radio"/> その他			
6 ケガの 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"/> 痢 <input type="radio"/> 骨折 <input type="radio"/> 脱臼 <input type="radio"/> その他			
7 やケガの 生じる時期	ご病気の場合は症状を自覚されたおおよその時期を、おけがの場合は受傷された日をご記入ください。 2024年 4月 12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れる範囲でご記入ください。 2024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、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。 2024年 4月 26日 <input checked="" type="radio"/> 終診 <input type="radio"/> 現在通院中		
入院	※日帰り入院の場合は、入院日・退院日それぞれに日付をご記入ください。 第1回 2024年 4月 13日 ~ 2024年 4月 19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。				
8 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 2024年 4月 13日 (手術部位: <input checked="" type="radio"/> 左眼 <input type="radio"/> 右眼 <input type="radio"/> 両眼) 第2回 2024年 4月 18日 (手術部位: <input type="radio"/> 左眼 <input checked="" type="radio"/> 右眼 <input type="radio"/> 両眼)			
9 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。			
	2024年 4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 2 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
10 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	眼科	
治療先②	医療機関名	診療科	眼科	

本讲义24.10(89111)

施工箇所を一重線で消し、今度は施工後の

診療を受けた医療機関名・診療科
修正箇所を二重線で消し、余目に修正後の
内容をご記入ください。

を記入ください。
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。

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
贈与者、後日入)
必ずお名前をご記入ください。
ひまわり太郎
(自署)
ひまわり太郎 様

保険金 24.10 (891119)