

入院状況申告書

御中

■ 下記の記載内容は、事実と相違ないことを確認します。

■ 貴社が保険契約の履行(損害調査、保険金支払の判断、支払保険金の算定等)に必要とする範囲内で、当申告書の記載内容(被保険者の傷病に関する原因、症状、経過、処置、病歴等)について、医療機関に照会することに同意します。

平成 31 年 3 月 14 日

請求者ご本人がご記入ください

保険金請求者	氏名	[Redacted]	被保険者との続柄	(本人)・()
	住所	[Redacted]		

証券番号	[Redacted]
------	------------

被保険者名	フリガナ [Redacted]	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	[Redacted] 8 月 16 日										
ご入院の原因となった傷病名	妊婦高血圧症候群			発病または受傷年月日 平成 30 年 6 月 6 日											
症状または受傷状況	※いつ頃からどのような症状があったか、初診後の検査内容および検査結果、治療内容、経過等をご記入ください。 30年6月6日、出産後に血圧が急上昇したため、投薬治療が行われた。 30年6月11日に血圧が一定値まで低下したため、治療を終え退院することになった。														
おケガをされた体の部位 (*おケガをされた場合)	頭部	顔面部	眼部	歯牙	頸部	胸部	腹部	脊柱	腰部	上肢 右・左	手指 右・左	下肢 右・左	足指 右・左	左記以外	
治療期間	初診 30年 6 月 6 日 ~ 終診 30年 6 月 11 日 平成31 (3 月 14 日 現在 (加療中) (治癒) (中止))														
入院	第1回目入院 30年 6 月 6 日 ~ 30年 6 月 11 日 (6 日間、うち外泊 0 日) 第2回目入院 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間、うち外泊 日)														
手術	手術名											手術日	年 月 日		
	種類	1. 開頭術 2. 開胸術 3. 開腹術 4. ファイバースコープ/カテーテルによる手術 5. その他													
ご入院の医療機関	所在地	[Redacted]													
	名称	[Redacted]													
	主治医	科 [Redacted]										電話	[Redacted]		

* 本申告書と併せて、「入院期間の記載された医療機関発行の領収書の写し」をご提出ください。

(領収書の原本をご提出いただいた場合、返却することができませんので、必ず写しにてご提出ください。)

* 訂正の場合、必ずご請求印による訂正をお願いいたします。

同意書

○ 患者（氏名）

○ 医療機関名

医療法人

※上記医療機関発行の処方箋により医療給付をおこなう調剤薬局を含みます

御中

の社員またはその委嘱する者が、上記患者の傷病に関する保険金支払の目的の範囲内で医療機関から下記資料を直接取得、利用することに同意します。
なお、本状は上記事故に関する貴社の保険金支払完了後に効力を失うものとします。

医療機関 御中

上記患者の貴院での受療に関して、の社員またはその委嘱する者による下記医療情報に関する照会または資料提出依頼があった場合は、ご対応いただくことに同意します。

記

1. 診断書・診療報酬明細書
2. 傷病の原因、症状、治療内容、検査結果、治療期間、入通院歴、既往傷病歴、就業に関する所見
3. 画像診断フィルム等の記録ほか検査資料

31年3月14日

同意人 住所

電話番号

氏名

生年月日 明治・大正・昭和・平成

8月16日

患者との関係：(本人)・配偶者・法定相続人・その他〔 〕

※原則、患者様ご本人にてご署名・ご捺印をお願いいたします。

■同意人が患者様本人以外の場合、患者様の住所・生年月日のご記入をお願いいたします。

住所

(生年月日) 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

同意書のご署名・ご捺印のお願い

保険金をご請求いただいた際に、当社にて治療内容等につき医療機関へ確認し、または、画像診断のフィルムその他検査資料の貸出をうける場合があります。当社がこれらの診療情報を医療機関から直接取得する場合、患者ご自身(未成年の場合は親権者)から同意が得られている旨を医療機関に提示する必要があります。つきましては上記内容をご確認いただき、すべての項目をご記入の上ご署名・ご捺印くださいますようお願い申し上げます。なお、医療機関が本状の本誌を必要とする場合は、本誌は医療機関へ提出し、当社は本状の(写)を保管します。