

疾病入院(手術)保険金請求書

御中

下記疾病に係わる保険金を請求します。

貴社が、本保険請求に関する私の個人情報について、次の利用目的の達成のために業務上必要とする範囲内で、取得・利用・提供することに同意します。

- ① 本保険契約の履行(医療調査、保険金支払の判断、支払保険金の算定等)・保険引受判断、各種サービスの提供等のために、保険事故の関係者(医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等)、業務委託先(含む保険代理店)、その他必要な関係先に対して提供を行い、またこれらの者から提供を受けること。
- ② 保険制度の健全な運営のために、(社)日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社・共済等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。

また、下記の記載内容は、事実と相違ないことを確認します。

—お願い—

1. 必ず請求者ご本人が自署・押印願います。
2. 保険金のご請求は、原則として被保険者ご本人が行ってください。
(被保険者が未成年のときは、親権者)

請求日	31年 3月 14日
-----	------------

保険金請求者	ご住所	[REDACTED]	電話	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 勤務先 <input checked="" type="radio"/> 携帯
	お名前	[REDACTED]	被保険者とのご関係 <input checked="" type="radio"/> ご本人 <input type="radio"/> ご本人以外() <input type="radio"/> 親権者(被保険者が未成年の場合)	

保険会社名	① [REDACTED]	② [REDACTED]	③ [REDACTED]
証券番号	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
契約者名	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

※今回ご請求いただく当社加入のご契約を全てご記入ください。当社以外の他のご契約がある場合も全てのご契約をご記入ください。

被保険者	お名前	☐保険金請求者に同じ	男・女	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	職業
	[REDACTED]	[REDACTED]	女	[REDACTED]	[REDACTED] 8月 16日	主婦

発病から現在に至るまでの経緯			
病名	B群連鎖球菌感染症	発病日	30年 5月 2日
今回のご病気で初めて病院へ行かれた日	30年 5月 2日	今回のご病気で初めて入院された日	30年 5月 26日
退院日	30年 6月 11日 ☐入院継続中	手術有無	☐手術有(日帰り含む) ☑手術無
手術日	年 月 日	手術名	
発病時の症状およびその後の経過	30年5月2日に実施した検査により当該感染症の陽性反応が検出された 出産時に胎児への細菌感染を防ぐため、点滴の処置が行われた。		

保険金振込口座	※ 下記口座への振込をもって保険金を受領したものと認め、保険金領収証は発行いたしません。		
銀行・信託	本店	口座種別	口座番号
信金・信組	支店	<input type="radio"/> 普通・総合 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 貯蓄	
農協他	出張所		
※ ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号	※ゆうちょ銀行の振込用口座番号(店番:3桁、番号:7桁)への振込はご利用いただけません。総合口座番号(記号:5桁、番号:7桁または8桁)への振込に限られますので、ご了承願います。
口座名義(カタカナ)	[REDACTED]	[REDACTED]	

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	フカガサ	[Redacted]	男	生年月日	[Redacted]	年 月 日	2 月 16 日								
ご入院の原因となった傷病名	B群連鎖球菌感染症				発病または受傷年月日										
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5月2日に実施された検査により当該感染症の陽性反応が検出された。 30年5月26日に陳病があり緊急入院して、出産時に胎児への細菌感染を防止するための30分おきに点滴の処置が行われて、5月26日は出産に至らず一時退院となった。 30年6月6日に再度陳病があり入院し、上記同様の処置が行われ、出産した。														
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	手指	下肢	足指	左記以外	
治療期間	初診 30年 5月 26日 ~ 終診 30年 6月 11日 (31年 3月 14日 現在 <input type="checkbox"/> 加療中 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止)														
入院	第1回目入院 30年 5月 26日 ~ 30年 5月 26日 (1 日間、うち外泊 0 日) 第2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)														
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	医療法人 [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受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。