



治療状況報告書

明治田生命保険相互会社 御中

DC 3555

① 署名欄

- 当報告書の使用にあたり、「記入のご案内」を確認し、以下のことについて了承のうえ請求します
- 記載内容に相違ないことを確認し、万一事実と異なることが判明した場合は、給付金が支払われず、また、既に支払われた給付金があるときはこれを返還すること
 - 添付書類(医療機関発行の領収書、または病院発行の貴社所定外の診断書コピー等)について、支払可否が判断できない場合は貴社所定の診断書を提出すること
 - 治療を受けられた病院または診療所に、貴社が不明点等を確認すること

請求者が署名ください。

受取人

栃木 みずき

被保険者
との続柄

本人

※受取人が未成年などの場合は、親権者(後見人)が署名ください。

② 記載事項

被保険者名 (治療を受けた方)	栃木 みずき <small>※受取人と被保険者が異なる場合は必ずご記入ください。</small>		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和 <input type="text"/> 平成 <input checked="" type="text"/> 令和 <input type="text"/>	33年05月01日
傷病名	足の骨折		左記傷病の 原因	病気の場合 <small>※「傷病名」のその原因がある場合に病名をご記入ください。</small> 事故の場合(転倒等) サッカー試合中の転倒 <small>※不慮の事故が原因の場合は「受傷状況報告書」をあわせて提出ください。 ※病院または診療所名および診察された医師のお名前をご記入ください。</small>			
発症日 または 事故日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	医療機関名	〇〇〇病院 (医師名) 共済 花子			
初診日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	住所 病院 または 診療所	栃木県宇都宮市××町×× 電話 028(****)****			

病院で診断された傷病名を記入ください。

けがをされた日、もしくは病気の発病日を記入ください。

入院の原因となった傷病で初めて診察を受けた日を記入ください。

領収書の病院と同一になります。

③ 添付書類

給付金種類により、添付する客観資料の提出をお願いします。(詳細は「記入のご案内」を参照ください)

給付金種類	<input checked="" type="checkbox"/> 入院給付金 <input checked="" type="checkbox"/> 入院支援給付金	<input type="checkbox"/> 外来手術給付金 <input type="checkbox"/> 外来放射線治療給付金	<input type="checkbox"/> 手術給付金 <input type="checkbox"/> 三大疾病入院給付金 <input type="checkbox"/> 集中治療給付金	<input type="checkbox"/> 先進医療給付金
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書 [または <input type="checkbox"/> 診断書コピー <small>※④治療状況の記載は不要です</small>]	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 診断書コピー	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診断書コピー

該当箇所にチェックを記入ください。

⑤をご記入ください

④⑤のご記入は不要です

④ 治療状況(入院等)

●入院期間 平成 令和 年月日 ~ 平成 令和 年月日

平成 年月日 ~ 平成 年月日

平成 年月日 ~ 平成 年月日

平成 年月日 ~ 平成 年月日

※不慮の事故が原因で入院期間中に以下の手術を受けられた場合のみ、該当の手術にチェックのうえ、手術日をご記入ください。

抜釘術 骨を固定するために使われたボルト・プレート・鋼線等を取り出すための手術 → 手術日 平成 令和 年月日

瘻痕形成術 熱湯や手術などによる傷痕の凹凸やひきつれ等を目立たなくするための手術

入院期間を記入ください。複数の入院がある場合は、段書きで記入ください。

抜釘手術(※1)・瘻痕形成術(※2)のために入院をされた場合は、抜釘・瘻痕形成の手術日を記入ください。

⑤ 治療状況(外来手術・外来放射線)

外来手術 手術名 手術日 平成 年月日

外来放射線 放射線照射を実施 開始日 平成 年月日 終了日 平成 年月日

温熱療法を実施

※当社所定の診断書を提出の場合は、当報告書の提出は不要となります。

(※1) 抜釘手術とは、骨折治療のために、体内に入れていた金属を取り除く手術のこと。
(※2) 瘻痕形成術とは、けがややけど等の傷跡を修正して目立たなくする手術のこと。