

# 入院・通院申告書 (注意) 医師に確認のうえ、正確にご記入ください。

ご請求には診断書の提出が必要ですが、この入院・通院申告書、医療機関の領収証等によって代用できる場合があります。詳細は「保険金請求のご案内」の裏表紙「保険金請求に必要な書類」欄をご確認ください。

申告者	(おケガをされた方が未成年の場合は親権者の方)	おケガをされた日	年	月	日
おケガをされた方	(申告者に同じ) 男 女	生年月日	明 大 昭 平	年	月 日 才
診断名	(医療機関に確認のうえ、正式な診断名をご記入ください。複数の診断名がある場合は全てご記入ください)	縫合の有無	有 無	やけどの場合の程度	第 度
おケガをされた箇所	(頭 顔 眼 歯 首 手指 上肢 胸 背中 腰 下肢 足指 その他)				
おケガの内容	(打撲 捻挫 すり傷 切り傷 やけど 骨折 脱臼 欠損 切断 その他)				

医療機関名・診療科	医療機関 ①	医療機関 ②
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 うち外泊( )日	年 月 日 ~ 年 月 日 うち外泊( )日
通院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 うち実際に通院した日数( )回	年 月 日 ~ 年 月 日 うち実際に通院した日数( )回

- ◆ 下記の通院日申告表に実際に通院し治療を受けた日に印をつけてください。2つ以上の医療機関に通院治療された場合は、○△等で区別してください。
- ◆ 治療を行わない、薬剤、診断書、医療器具等の受領のための日数は含まれません。(印をつけしないでください)
- ◆ 医療機関に確認した結果、申告の内容が事実と相違していることが判明した場合、保険金のお支払いができないことがありますのでご注意ください。
- ◆ 今回のおケガで受診された医療機関の領収証(いずれか1枚)または診察券(コピー可)を同封してください。いずれもない場合は、医療機関の事務課にて下記「治療日確認書」への押印を依頼してください。

通院日申告表	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
	( 回)	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
	( 回)	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
	( 回)	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
	( 回)	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
現在の状況		治癒 治療中 中止 その他 ( )

### ＜治療日確認書＞

医療機関 御中

患者様の申告した入院・通院を確認させていただいております。記入された日付に相違なき場合は、下欄に医療機関のスタンプを押印してください。日付の確認だけです。患者様の費用負担の少ないようにお手続きいただきますようお願いいたします。

医療機関確認日 年 月 日

## スタンプ

手術を行った場合	手術名	
	手術日	手術コード [ K - J ] 診療報酬点数表のコードです。

固定具(ギプス等)の使用がある場合	(医師の指示により固定具を常時装着した期間(※))	年 月 日 ~ 年 月 日
	(使用器具)	ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・その他( )
	(医師の指示により固定具を常時装着した期間(※))	年 月 日 ~ 年 月 日
	(使用器具)	ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・その他( )

**固定具(ギプス等)の使用がある場合(注1)**

上肢または下肢を固定されている場合、固定部位をぬりつぶしてください。左手・左足を固定されている場合でも下図にご記入ください。

上肢(手)

ひじ 手首

下肢(足)

ひざ 足首

(注1) 手首・足首を含まない指のみの固定は対象となりません。  
 (注2) 「固定具」とは、ギプスのように、屈曲・伸展等の関節運動ができないものをいい、関節運動可能な器具等(バスタバンド、軟性コルセット、サポーター等)は含まれません。  
 (注3) 「常時装着」とは、就寝時、入浴時等一時的に「固定具」を外すことを主治医が許可した場合も含みます。

二ヶ所以上の医療機関を受診した場合やカレンダーが足りない場合は、コピーして使用するが、別の紙に記入して添付してください。