

## 入院・通院 申告書 (傷害用)

裏面も  
ご確認くださいご記入前  
にご確認ください。

- ご記入ガイドをご確認いただき、申告者ご本人がご記入ください。
- 申告書は、保険金お支払額が10万円以下の場合に、診断書の代わりとしてご提出いただくものです。
- 申告書の記載内容により、あらためて診断書のご提出をお願いする場合があります。

## ① 記入日

※ご記入日を  
西暦でお書きください。

20 年 月 日

## ② 申告者

原則として、おケガをされた方ご本人です。おケガをされた方が未成年者の場合は親権者の方が申告者となります。

|    |      |      |         |         |         |         |
|----|------|------|---------|---------|---------|---------|
| 氏名 | フリガナ | 電話番号 | 自宅 ( )  | と被保険関係者 | 本人 ( )  | 親権者 ( ) |
|    |      |      | 携帯 ( )  |         | その他 ( ) |         |
|    |      |      | 勤務先 ( ) |         |         |         |

## ③ 被保険者

申告者と同じ場合はご記入は不要です。

おケガをされた方ご本人

## ④ 医療機関

以下にご記入いただくか、または診察券や領収書のコピー（一枚で可）を同封してください。

|       |          |      |        |        |        |        |         |
|-------|----------|------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 医療機関名 | 電話番号 ( ) | 利用保険 | 健保 ( ) | 国保 ( ) | 労災 ( ) | 自費 ( ) | その他 ( ) |
| 医療機関名 | 電話番号 ( ) | 利用保険 | 健保 ( ) | 国保 ( ) | 労災 ( ) | 自費 ( ) | その他 ( ) |

## ⑤ おケガ・治療の内容

必要に応じて医療機関にご確認のうえ、ご記入ください。

別紙ご記入ガイドを参照

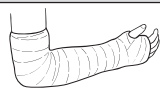
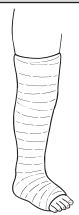
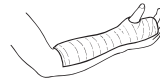
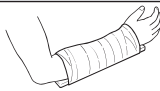
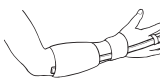
|                                                                                                                                     |                                      |                  |                                                             |                                                   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 部位                                                                                                                                  | 頭 顔 首 肩 胸 背 腹 腰 腕 脚 その他 ( )          | ご<br>通<br>院<br>日 | ※実際に通院治療を受けた日に○印をつけてください。複数の医療機関に通われた場合は○・△等で、印を分けてご記入ください。 |                                                   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 症状                                                                                                                                  | 骨折 脱臼 捻挫 切傷 打撲 火傷 腱断裂 じん帯 損傷 その他 ( ) |                  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計                       | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日 |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 傷病名                                                                                                                                 |                                      |                  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計                       | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日 |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入院治療                                                                                                                                | 年 月 日 ~ 年 月 日                        |                  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計                       | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日 |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通院治療                                                                                                                                | 年 月 日 ~ 年 月 日<br>(うち実際に通院した日数 日)     |                  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計                       | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日 |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術                                                                                                                                  | なし<br>あり → ※正式な手術名をご記入ください<br>手術名    |                  | 手術日                                                         | 年 月 日                                             | 合計<br>日      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ギプス等の固定具使用                                                                                                                          | 固定具を常時装着 (※1) した期間                   |                  | 固定具の種類 (※2)                                                 |                                                   | 手首または足首を含む固定 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                     | A 年 月 日から 年 月 日まで                    |                  | ギプス 副木・シーネ 硬性コルセット (※3)                                     | なし あり                                             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                     | B 年 月 日から 年 月 日まで                    |                  | ギプス 副木・シーネ 硬性コルセット (※3)                                     | なし あり                                             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※1 常時装着には、「入浴中のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴時および就寝時のみ取り外す」の状態を含みます。<br>※2 固定具の種類については、別紙「ご記入ガイド」の裏面をご確認ください。 ※3 布製のコルセット (軟性コルセット) は含みません。 |                                      |                  |                                                             |                                                   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 最終治療日                                                                                                                               | 年 月 日                                | 後遺障害<br>残存見込     | なし<br>あり 不明 →                                               | 内容 ※あり・不明の場合、内容をご記入ください                           |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

別紙ご記入ガイドを参照

続けて裏面もご記入ください

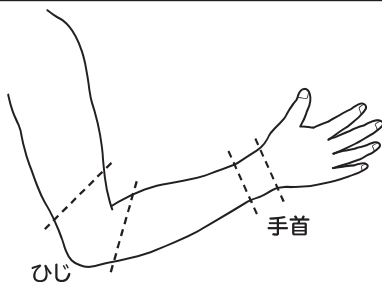
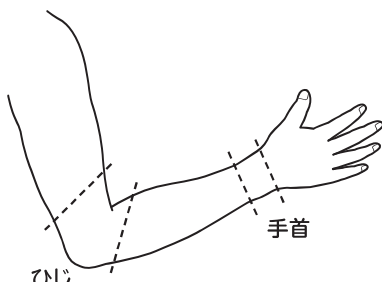
# ギプス等の固定具を使用されているお客さまへ

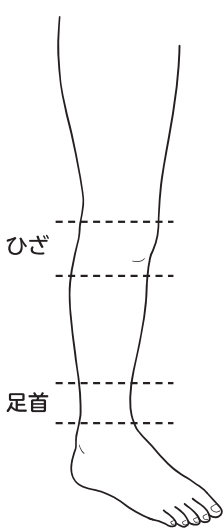
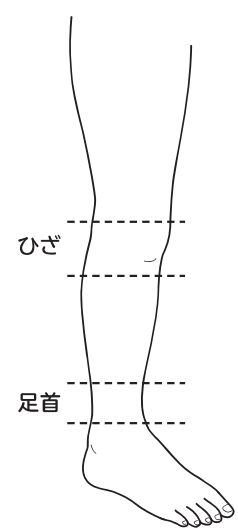
⑥ 固定具の種類については、下記を参考に入院・通院申告書の「固定具の種類」欄にご記入ください。

|                                                                                                                                       |                                                                                                                             |                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ギプス（腕）</p>  <p>※一般的に「石膏ギプス」と言われるもの</p>            | <p>ギプス（足）</p>  <p>※一般的に「石膏ギプス」と言われるもの</p>  | <p>ギプスシャーレ（足）</p>  <p>※ギプス包帯を半分にカットし、包帯等で固定したもの</p> |
| <p>ギプスシャーレ（腕）</p>  <p>※ギプス包帯を半分にカットし、包帯等で固定したもの</p>  |                                                                                                                             |                                                                                                                                        |
| <p>副木（腕）</p>  <p>※副木をあてて、包帯等で固定したもの</p>              | <p>硬性コルセット</p>  <p>※プラスチックや金属製の硬いコルセット</p> | <p>長下肢装具（足）</p>  <p>※大腿部から足底に及ぶ固定のこと</p>            |
| <p>シーネ（腕）</p>  <p>※副子（シーネ）と呼ばれる固定具をあて、包帯等で固定するもの</p> |                                                                                                                             |                                                                                                                                        |

⑦ ギプス等の固定具を使用されているお客さまへ  
上肢（手）または下肢（足）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。

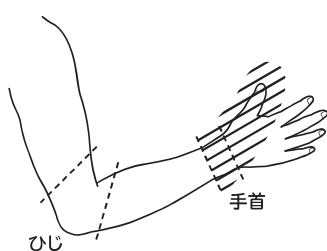
- 左手・左足を固定されている場合でも下図にご記入ください。
- 治療途中で異なる種類の固定具に変更した場合や固定されている部位が変更になった場合、表面の「ギプス等の固定具使用」欄にご記入いただいた期間ごとに下図にご記入ください。

| 上肢（手）                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 表面 A 欄の固定部位                                                                         |
|  |
| 表面 B 欄の固定部位                                                                         |
|  |

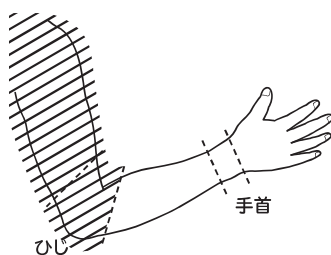
| 下肢（足）                                                                                |                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 表面 A 欄の固定部位                                                                          | 表面 B 欄の固定部位                                                                           |
|  |  |

## 固定部位のぬりつぶし例

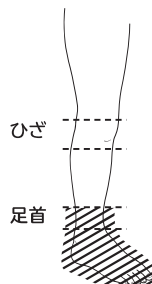
- 指先から手首までを固定している場合



- 肩からひじまでを固定している場合



- 指先から足首までを固定している場合



- 大腿（ふともも）から足首までを固定している場合

