

入・通院状況申告書 (人身傷害定額払保険・搭乗者傷害保険・自損傷害保険用)



保険金請求額が10万円以下の場合、原則としてこの申告書をご提出いただくことにより診断書の提出を省略できます。

チューリッヒ保険会社 御中

下記事実に相違ないことを誓約いたします。なお、チューリッヒ保険会社のプライバシーポリシーに基づき、下記申告の治療に関する記録を、貴社が医療機関等へ照会することに同意いたします。

ご記入日 年 月 日

1 治療の状況について

保険金請求者	氏名 <small>ケガをされた方が未成年者の場合は、親権者の方がご記入ください。</small>	印 必ずご捺印ください
被保険者 (治療を受けた方)	<input type="checkbox"/> 請求者に同じ 氏名 <small>保険金請求者と被保険者が異なる場合のみご記入ください。</small>	
診断名 (傷病名)	<small>例) 腰椎圧迫骨折・火傷・右大腿骨骨折など医師から聞かれた内容を正確にご記入ください。</small>	
治療をした部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手首 <input type="checkbox"/> 手/手指 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足首 <input type="checkbox"/> 足/足指 <small>該当する左右・部位に○をご記入ください。</small>	
症状	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腱断裂 <input type="checkbox"/> じん帯損傷 <input type="checkbox"/> その他 <small>該当する症状に○をご記入ください。</small>	

2 入院状況について

医療機関名 ①	電話番号
入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (外泊 日)
手術名	<small>※手術名・手術コードを医療機関にご確認の上、ご記入ください。</small> 実施日 年 月 日 手術コード K-
医療機関名 ②	電話番号
入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (外泊 日)
手術名	<small>※手術名・手術コードを医療機関にご確認の上、ご記入ください。</small> 実施日 年 月 日 手術コード K-

3 通院状況について 通院した日に○印をご記入ください。

通院日	年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日	
	年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日	
	年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日	
	年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日	
	年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日	
	年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日	
医療機関名 ①	電話番号	
固定具について 該当する種類・名称に○印をご記入ください。	ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ その他の固定具・補装具() <small>※コルセット・補装具の場合 → 硬性・軟性</small>	固定した期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで
固定関節		
医療機関名 ②	電話番号	
固定具について 該当する種類・名称に○印をご記入ください。	ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ その他の固定具・補装具() <small>※コルセット・補装具の場合 → 硬性・軟性</small>	固定した期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで
固定関節		
手術名	<small>※手術名・手術コードを医療機関にご確認の上、ご記入ください。</small> 実施日 年 月 日 手術コード K-	

※受診されたすべての医療機関の診察券のコピーを必ず同封してください。