

入院・外来手術・外来放射線状況報告書記入例

SI S 入院・外来手術・外来放射線状況報告書

(ご注意) この報告書は、以下の項目にすべて該当するご請求のみ利用できます フォームID 0505
 入院・外来手術・外来放射線状況報告書が利用できない場合は、当社所定の診断書のご提出をお願いいたします

- ①入院日数が30日以下
※入院給付金のご請求金額が10万円以下の場合は入院日数にかかわらずお取扱いできます
 - ②入院期間(入院日および退院日)、外来手術、外来放射線の治療を受けた日が客観的に確認できる医療機関発行の領収書(注1)等の添付(コピー可)
 - ③手術給付金、集中治療給付金、三大疾病入院給付金、先進医療給付金のご請求がないとき
 - ④退院後のご請求(入院中や転科入院のときはお取扱いできません)
 - ⑤医療機関でのご入院であるとき(整骨院や接骨院は除く)(注2)
- (注1) 外来手術給付金、外来放射線治療給付金をご請求の場合は治療を受けた日の療養に係る診療(調剤)報酬点数が記載されたもの
 (注2) 柔道整復師法に定める施術所(整骨院や接骨院)は医療機関には該当しません

明治安田生命保険相互会社 御中

下記のとおり相違ないことを報告します。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についても了承いたします。

平成 年 月 日
 受取人 **梶木 太郎** 被保険者との関係[**本人**] ※受取人が未成年などの場合は、親権者(後见人)が署名ください。

請求者が署名ください。

※なお、ご提出いただきました書類で報告内容が分かりかねますときは、診療を受けられた下記の病院または診療所に内容をお伺いすることがありますのでご了承ください

病院で診断された傷病名を記入ください。

被保険者名	梶木 太郎 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		生年月日	<input checked="" type="text" value="昭和"/> 平成 <input type="text" value="××"/> 年 <input type="text" value="××"/> 月 <input type="text" value="××"/> 日
傷病名	足の骨折		発症日または事故日	平成 <input type="text" value="□□"/> 年 <input type="text" value="□□"/> 月 <input type="text" value="□□"/> 日
治療期間	初診日	平成 <input type="text" value="××"/> 年 <input type="text" value="××"/> 月 <input type="text" value="××"/> 日	事故日(※1)	平成 <input type="text" value="××"/> 年 <input type="text" value="××"/> 月 <input type="text" value="××"/> 日
上記傷病の原因	病気の場合(※2)		事故の場合(※3)(転倒等)	サッカー試合中の転倒
病院または診療所	所在地	栃木 都道府県 <input checked="" type="radio"/>宇都宮 市区町村 <input checked="" type="radio"/> ×× 区 <input checked="" type="radio"/> ×× 村 <input checked="" type="radio"/> ××		
	病院または診療所の名称	〇〇〇病院		
	電話番号	028 (×××) ××××	担当医師名	共済 花子

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。

(※1) (※3) は不慮の事故が原因の場合、(※2) は「傷病名」が病気である原因がある場合にご記入ください。また、不慮の事故が原因の場合には「受傷状況報告書」を合わせてご提出ください

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。

★上記の傷病により、入院をされている場合はご記入ください

入院	① 入院日	平成 <input type="text" value="××"/> 年 <input type="text" value="××"/> 月 <input type="text" value="××"/> 日	～	退院日	平成 <input type="text" value="××"/> 年 <input type="text" value="××"/> 月 <input type="text" value="××"/> 日
	② 入院日	平成 <input type="text" value="□□"/> 年 <input type="text" value="□□"/> 月 <input type="text" value="□□"/> 日	～	退院日	平成 <input type="text" value="□□"/> 年 <input type="text" value="□□"/> 月 <input type="text" value="□□"/> 日

上記入院期間中に以下のいずれかの手術を受けられた場合、右欄をご記入ください
 ・抜釘術
 ・骨を固定するために使われたボルト・プレート・鋼線棒を取り出すための手術
 ・瘢痕形成術
 ・熱傷や手術などによる傷跡の凹凸やひきつれ等を目立たなくするための手術

手術日	平成 <input type="text" value="××"/> 年 <input type="text" value="××"/> 月 <input type="text" value="××"/> 日
手術の種類	<input checked="" type="radio"/> 抜釘術 <input type="radio"/> 瘢痕形成術

★上記の傷病により、外来手術給付金、外来放射線治療給付金をご請求される場合はご記入ください
 その他の手術給付金をご請求される場合は、当報告書はお取扱いできません。当報告書に添えて当社所定の診断書のご提出が必要です

外来手術	手術名(※4)		手術日(※4)	平成 <input type="text" value="□□"/> 年 <input type="text" value="□□"/> 月 <input type="text" value="□□"/> 日
外来放射線	放射線照射 温熱療法	(<input type="radio"/> 放射線照射実施) (<input type="radio"/> 温熱療法実施)		
	開始日	平成 <input type="text" value="□□"/> 年 <input type="text" value="□□"/> 月 <input type="text" value="□□"/> 日	終了日	平成 <input type="text" value="□□"/> 年 <input type="text" value="□□"/> 月 <input type="text" value="□□"/> 日

(※4) 手術名・手術日は診療報酬明細書等をご確認いただき正確にご記入ください

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

(※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) 瘢痕形成術とは、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。