

IF THE AMOUNT CLAIMED DOES NOT EXCEED ¥100,000, PLEASE COMPLETE THIS FORM: 'PHYSICIAN'S STATEMENT' AND 'AUTHORIZATION' WILL NOT BE REQUIRED.

保険金請求額が10万円以下と判断される場合はこの用紙にご記入下さい。その場合診断書、同意書の取付けは不要です。

DOCUMENTATION OF MEDICAL TREATMENT (治療申告書)

DATE 年 月 日

SOMPO JAPAN INSURANCE INC.

I DECLARE THAT THE FOLLOWING FACTS ARE TRUE AND I AGREE THAT THE COMPANY MAY INQUIRE TO HOSPITALS ETC. REGARDING THE MATTERS RELEVANT TO MY CLAIM.

株式会社損害保険ジャパン 御中

下記事実に関連ないことを診察券(写)を添え申せいたします。尚、本件につき、貴社が必要とする事項を病院等へ照会することを承諾いたします。

Ⓢ SEAL

SIGNATURE OF INSURED 被保険者の署名

ADDRESS 住所

NAME 氏名		DATE OF BIRTH 生年月日		SEX 性別	<input type="radio"/> M 男	<input type="radio"/> F 女
ACCIDENT OR SICKNESS 傷害・疾病	ACCIDENT/SICKNESS 傷害 疾病	DATE OF ACCIDENT/SICKNESS 事故日	年月日	WHEN DID YOU FIRST CONSULT A DOCTOR FOR THIS CONDITION? 初診日	年月日	
NAME OF HOSPITAL OR DOCTOR 病院または医師名		NAME ADDRESS		TEL		
HAVE YOU SUFFERED FROM ANY OTHER DISEASE OR INFIRMITY RELATED TO THIS CONDITION? IF "YES", WHAT AND WHEN? 当該傷病に影響ある既往症の有無 有の場合傷病名および発生時期				<input type="radio"/> YES 有	<input type="radio"/> NO 無	WHAT () WHEN ()
傷害 ACCIDENT	INJURED AREA けがの部位	HEAD: FACE: NECK: ARM: HAND: LEG: FOOT: OTHER () 頭部 顔 くび 腕 手 脚 足 その他				
	CONDITION OF INJURY けがの状態	CONTUSION: TORSION: FRACTURE: CUT: LACERATION: OTHER () 打撲 捻挫 骨折 切り傷 すり傷 その他				
疾病 SICKNESS	NATURE AND CONDITION 病名及び症状					
PERIOD OF ADMISSION TO HOSPITAL 入院期間		FROM 年月日より TO 年月日まで	PERIOD VISITING HOSPITAL/DOCTOR 通院期間		FROM 年月日より TO 年月日まで	
WRITE THE NAME OF MONTH AND MARK THE SAYS YOU VISITED THE HOSPITAL/DOCTOR 通院した当該月を記入の上、通院日に○をつけて下さい。		(SAMPLE) 例 MARCH 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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺			
		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			
		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			
		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			

CLAIM AMOUNT

請求金額

¥

PLEASE ATTACH CONSULTATION TICKET (COPY IS ACCEPTABLE) OR MEDICINE ENVELOPE IN THE SPACE BELOW.

IF YOU DO NOT HAVE EITHER, PLEASE EXPLAIN BELOW.

REASON

(_____

_____)

診察券(写でも可)または、薬袋を必ずご貼付下さい。
診察券等がない場合には、下記に理由をご記入下さい。

診察券等がない理由

— ATTACH CONSULTATION TICKET HERE —

貼付欄