

エイチ・エス損害保険株式会社 御中

1 診療状況申告書 ※ 保険金ご請求額が10万円以下の場合は、この診療状況申告書にご記入の上、診察券などを添付いただければ、診断書をご提出いただく必要はございません。

下記の通り相違ありません。なお、診療に関する記録を、貴社が病院等に照会することに同意いたします。貴社が病院等に照会しても回答してもらえない場合は、あらためて診断書を提出いたします。

申告者名	受傷者が未成年の場合は、親権者						作成日	平成 年 月 日										
	(印)						利用保険	健保・国保・労災・自賠・自費										
受傷者 (被保険者)	大正 昭和 平成 年 月 日生 男・女						受傷日時	平成 年 月 日 午前 午後 時頃										
受傷部位	頭部	顔面	頸部 (くび)	腕	手	脚	足	その他()										
受傷形態	打撲	捻挫	切り傷	すり傷	骨折	脱臼	その他()											
治療内容	骨折の場合：固定器具使用期間(年 月 日 ~ 年 月 日) 使用固定具(ギプス・シーネ・その他)																	
入院治療	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 日間						実際に通院して治療を受けた日に○印をつけてください。											
通院治療	自 平成 年 月 日 延 日間 至 平成 年 月 日						()月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	計
	(うち実際に通院して治療した日数 日)						()月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
平成 年 月 日 治癒・治療継続中・転医・中止							()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計
							()月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日
病院名： 所在地： 診察券番号： 病院の電話： ()							()月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	計
							()月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日
						担当 医師名	先生 () (外科・整形外科・内科・)											

2 携行品損害明細書 ※お支払は時価額もしくは修理代金のどちらか低い金額となります。※自己負担金(免責金額)¥3,000が発生いたします。

※被害物の「写真」を添付ください。(※盗難の場合は領収書・保証書等を添付ください。)

※衣類関係の汚損損害は、洗濯が原則です。クリーニング領収書を添付ください。

※修理可能な損害は、修理業者からの修理見積書または領収書を添付ください。

※いずれも修理不能・洗濯不可の場合は、修理不能証明書・洗濯不可能証明書を添付のうえ、下記に購入店・購入年月日・購入金額等をご記入ください。

※購入年月日はお判りになる範囲でご記入ください。

	品名(メーカー・型番等)	被害内容	購入店	購入年月日	購入金額	備考
(例)	SONY デジカメ SN100P	落下破損	〇〇電器池袋店	2010年5月8日	¥32,000	修理不能
1						
2						
3						
4						
5						

3 賠償事故(加害事故)

被害者氏名 連絡先				TEL：自宅・携帯・勤務先 ()
	住所：			
対人	傷病名			病院名
	全治見込			連絡先 ()
対物	修理業者			被害物
	連絡先	()	住所	

※ その他の事故については担当者から必要書類の案内をさせていただきます。