



# 「通院内容報告書(兼同意書)」の記入例

○「通院内容報告書(兼同意書)」を記入いただく際は、必ず請求人ご本人が記入ください。

## ■項目①～⑦について

- ① 「通院内容報告書(兼同意書)」の記入日を記入ください。
- ② 請求人名を請求人ご本人が記入ください。
- ③ 傷病者名・性別・生年月日を記入ください。
- ④ 入院の原因となった傷病名を記入ください。
- ⑤ 退院日の翌日からその日を含めて120日以内で、かつ入院と関連のある通院治療日に○をつけてください。(領収証の日付に沿って記入ください。)
- ⑥ 領収証に記載されている名称等を記入ください。
- ⑦ 複数の病院・診療所に通院された場合は、名称・所在地・電話番号・医師名を適宜記入ください。

通院内容報告書(兼同意書)

a 3 3 3 4 1 5 0 1 : a

**請求人ご本人が記入のうえ、請求書とあわせて提出ください。医師による証明や領収証のコピーは不要です。**

日本生命保険相互会社 行

報告書に記載の通院日は実際の通院日に相違ございません。また、以下の項目について同意します。

- ・日本生命が病院等に対し、傷病者の通院事実の確認を実施する場合があります
- ・日本生命が提出を求めた場合には、領収証のコピー等を提出すること
- ・記載事項が事実と相違する場合、既に支払われた金額を返還する等、正当な支払額にて精算を行うこと

|              |                  |                   |                               |
|--------------|------------------|-------------------|-------------------------------|
| <b>1</b> 記入日 | (和暦)平成29年 5月 10日 | <b>2</b> 請求人(両意人) | (フリガナ) ニッセイ タロウ<br>(白字) 日生 太郎 |
|--------------|------------------|-------------------|-------------------------------|

|                          |            |                  |  |
|--------------------------|------------|------------------|--|
| <b>3</b> 傷病者名            | 性別         | 生年月日             |  |
| (フリガナ) ニッセイ タロウ<br>日生 太郎 | 男性<br>(女性) | (和暦)昭和50年 5月 15日 |  |

|                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| <b>4</b> 入院の原因となった傷病名 | 事故発生日           |
| 鎖骨骨折                  | (和暦)平成29年 4月 1日 |

事故による請求の場合は、事故発生日を記入ください。 →

上記の傷病の治療を目的とした通院日(通院日の翌日からその日を含めて120日以内)について、以下のカレンダーの数字に正確に○印を記入ください。

|           |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-----------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| (和暦)平成29年 | 4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 |
| (和暦)平成29年 | 5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 |
| (和暦)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 |
| (和暦)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 |
| (和暦)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 |
| (和暦)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 |

|                 |                    |                    |
|-----------------|--------------------|--------------------|
| 通院した病院または診療所の名称 | 所在地                | 電話番号               |
| 〇〇 病院 整形外科      | 大阪 大阪市中央区今橋 3-5-10 | ( ) ●●●● ●●●● ●●●● |
| 〇〇 診療所          |                    |                    |
| 〇〇 一郎           |                    |                    |

複数の病院・診療所に通院された場合は、当欄に医療機関名・電話番号を適宜記入ください。  
△△病院 大阪市△△区△△町△△-△△-△△ △△-△△△△-△△△△ △△医師

**留意事項**

- 入院給付金は「通院内容報告書(兼同意書)」(当用紙)では請求いただけません。
- ・入院給付金等を請求する場合には、別途当社所定の「入院・手術・3大疾病等診断書(証明書)」等の提出が必要です。
- 通院給付金の支払事由の詳細については、「ご契約のしおり-定款・約款」を確認ください。
- ・支払対象となる通院は、治療を目的とした通院であることを要します。(治療措置を伴わない薬剤または治療材料の購入、受取りのみの通院等は支払対象となりません。)
- ・柔道整復師施術所への通院は、四肢における骨折・脱臼・捻挫・打撲に関する治療のみに通院したものに限り、ます。
- ・短期入院給付金のみが支払われた4日以内の入院の退院後の通院は、通院給付金の支払対象となりません。
- ・1回の入院(1回の入院とみなす場合も含まれます。)に対する通院給付金の支払回数は30日です。

## ■誤って記入された場合の訂正

二重線で抹消のうえ、正当内容を記入ください。

## ■入院・手術等の給付金を請求される場合について

入院・手術等の給付金については当用紙では請求いただけません。請求される場合は、別途当社所定の「入院・手術・3大疾病等診断書(証明書)」等の提出が必要です。