

給付金額が10万円以下の場合、この申告書をもって診断書にかえることが出来ます。本申告書には診察券または領収書を添付して下さい。

診察券または領収書を添付願います。

この欄に診察券を貼って下さい。(コピーも可)

診察券が発行されない場合は、薬袋等治療事実のわかるものを添付願います。

申告書

保護者をご記入下さい。医師の記入は不要です。

受傷者	(氏名)	生年 月 日	昭和・平成	年	月	日	(才)													
受傷日時	年 月 日		午前 午後	時	分	ごろ														
傷害名	打撲・切り傷・すり傷・断裂・切断・捻挫・骨折・脱臼・火傷・その他 ()																			
受傷部位	上部部 頭・顔・首・(手) ()		下部部 (足) ()					その他 ()												
入院治療 日間 (うち外泊日数 日)	年 月 日 ~ 年 月 日		実通院治療日 (○印をつけてください)					←												
手術 (無・有)	有の場合、病院に手術名と診療報酬点数コードNo.を確認の上、ご記入下さい。		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
手術名 ()	診療報酬点数コードNo. ()		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
通院治療 日間 (うち治療日数 日)	年 月 日 ~ 年 月 日		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
固定具使用の場合 (固定具名例) ギプス、ギプスシーネ、副子、副木、ポリネック			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
固定した部位 (骨・関節) : から まで			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
固定具名 自身による着脱 使用期間			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
() (可) (不可) 月 日 ~ 月 日			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
() (可) (不可) 月 日 ~ 月 日			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
後遺障害残存の見込み (無・有)			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
(内容)			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
治療を受けられた 病院・医院	(名称)		(電話番号)					()												

二つ以上の病院で治療された場合は○△等で区別して下さい。

上記の通り相違ありません。

年 月 日

日新火災海上保険株式会社 宛

受傷者 (被保険者) 住所 _____
 (受傷者が、 氏名 _____ (印)
 未成年者の場合は、
 保護者名(親権者) 電話番号 市外局番 () - () - ()