

入院事情書

「入院事情書」は入院中に手術を受けていない方が入院保険金のみをご請求いただく際にご利用できます。

1 ご利用要件の確認

次の手順で入院事情書がご利用できるかご確認ください。

《ステップ1》

次の要件をすべて満たしていますか。☑欄をチェックしてご確認ください。

- 整骨院・接骨院以外**への入院です
- 医療機関発行の書類**（※1）（入院期間の記載があるもの）のコピーが提出できます
- 入院保険金のみ**の請求です
- 退院後**の請求です（転入院は含みません）
- 入院日数が次のいずれかに該当します
 - ① 特約の加入（※2）から2年以内に病気による入院をしたとき・・・**5日以内**
 - ② ①以外るとき・・・**30日以内**

※1 医療機関発行の書類は、「医療機関発行の領収書」、「診療明細書」、「退院証明書」、「医師の証明書」です。
※2 加入とは、責任開始日（復活している特約は復活日。簡易生命保険契約では効力発生日）のことをいいます。

すべての☑欄にチェックできた場合、ステップ2をご確認ください。

《ステップ2》

医療機関発行の領収書の「手術」欄または「放射線治療」欄に**点数（金額）**が記載されていますか。

- ・記載がない場合 ⇒ 「2 入院内容記入欄」をご記入ください。
- ・記載がある場合 ⇒ 医師または医療機関に治療内容をご確認ください。

治療内容が「輸血」、「徒手整復」、「血液照射」のいずれかであった場合に限り、下欄に押印いただくことでこの入院事情書をご利用できます。押印の上、「2 入院内容記入欄」をご記入ください。



治療内容は「輸血」、「徒手整復」、「血液照射」のいずれかであることを医師に確認しました。㊟

※上記以外は、手術保険金のお支払い対象となる可能性があるため入院事情書をご利用できません。

2 入院内容記入欄

被保険者 (治療を受けられた方)	生年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 明治 <input checked="" type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年 月 日
入院治療を受けた 傷病名	(傷病名が不明の場合、医療機関にご確認ください)		傷病発生日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	※入院の原因が、「転んだ」・「事故に遭った」等のおケガの場合は必ず事故報告書を添付してください。		初診年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日
入院期間	入院日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日	退院日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日	～
分娩日 ※分娩による入院の場合は、 ご記入ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
《ご入院された病院または診療所》 ※複数の医療機関（診療科）にご入院された場合は、それぞれ入院事情書を作成してください。			
名称 _____ 科名 _____ 科 _____			
上記記載事項は、事実に相違ありません。万一事実と異なる場合には、入院保険金を返還します。			
請求者（受取人）	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	①親権者 ②後見人 法定代理人 _____	親権者 _____
氏名	_____		

※後日、お客さまにあらためて当社所定の入院・手術証明書（診断書）の提出をお願いすることがありますので、あらかじめご了承ください。

(サービスセンターに送付)

(SCでの保存期間：7年)