

診療状況報告書

年 月 日

一般社団法人 全国酪農協会

あいおいニッセイ同和損害保険(株) 御中

損保ジャパン(株)

被保険者

印

(未成年者の場合は親権者)

私は、下記の通り医師の治療を受けたことを報告します。本件については貴社が必要とする事項を病院等へ調査照会することを承諾します。(本書の写しも原本と同じ効力があるものと認めます)尚、調査の結果、万一事実と異なることが判明した場合は、直ちに給付金を返還します。

傷病者	氏名			
	生年月日	年 月 日生 (才)	性別	男・女
事故日		年 月 日		
病院	名称			
	所在地			
	担当医			
傷病名 および 受傷部位				
入院治療	年 月 日 ~ 年 月 日			
通院治療	年 月 日 ~ 年 月 日			
	固定具使用の場合 使用期間 年 月 日 ~ 年 月 日 *使用固定器具等 ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ・その他 () (*胸部固定帯、胸骨固定帯、肋骨固定帯、ボーター等は含みません)			
最終治療日	年 月 日	今後の治療予定	有 無	
ご 通 院 日 に ○ 印	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 計	日	
	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 計	日	
	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 計	日	
	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 計	日	
	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 計	日	
	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 計	日	
	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 計	日	
	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 計	日	

*災害事故の場合に限る

(注) 所定の条件を充足した場合、診断書に代えて診療状況報告書と領収書のコピーにてご請求できます。

領収証のコピーを添付ください