

エイチ・エス損害保険株式会社 御中

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 日間 至 平成 年 月 日						実際に通院して治療を受けた日に○印をつけて下さい。																																
通院治療	自 平成 年 月 日 延 日間 至 平成 年 月 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
	(うち実際に通院して治療した日数 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
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	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
診察券または葉袋(コピーでも可)を必ずここに貼り付けて下さい。 診察券が無い場合は、ここに病院名、所在地、診察券番号を記入してください。 病院名： 所在地： 診察券番号： 病院の電話： ()							() 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
							() 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
							() 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
							担当 医師名	先生 () (外科・整形外科・内科)																															

【個人情報の取扱いに関する同意】

貴社が、本保険請求に関する私の個人情報(以下「個人情報」といいます。)を、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払保険金の算定など)・引受判断および各種サービスの提供のために取得・利用すること、ならびに貴社が業務上必要な範囲において、個人情報を下記の通り取得・利用・提供することに同意します。

- 貴社が、保険事故の原因、内容、損害、責任の程度の確認のために、保険事故の関係者、業務委託先(保険代理店を含みます。)その他必要な関係先に対して個人の情報の提供を行い、またはこれらの者から提供を受けること。
※「保険事故の関係者」とは、保険事故の当事者、損害保険会社・共済、医療機関、修理業者などをいいます。
- 貴社が適正な支払、保険金不正請求の防止等、保険制度の健全な運営のために、(社)日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の保険会社・共済などに個人情報の提供もしくは個人データの登録を行い、またこれらの者から提供を受ける場合があること。
- 貴社が、再保険金等の受領のために、再保険引受会社に個人情報の提供を行う場合があること。

エイチ・エス 使用欄	年 月 日	病院(担当 様)に架電確認済み	(印)
---------------	-------	-----------------	-----

旅行かばん修理サービス提供に関する確認書

- 私は、今回携行品損害保険金を請求するにあたり、国内旅行傷害保険および携行品損害補償特約、ならびに旅行かばん修理サービス(以下本サービスという)の内容を了承し、本サービスが日本国内に限り提供されるものであることに同意したうえで、本サービスの提供を希望します。なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。
- 本サービスの利用により、旅行かばんを修理した場合には、保険金は直接修理会社へお支払下さい。ただし、修理しなかった場合は、本請求書表面の指定口座へ免責金額を差し引いてお支払下さい。修理会社への免責金額(3,000円)は私から直接修理会社へ支払います。

記入日 年 月 日 被保険者署名ご捺印 (印)