

入通院申告書

AIG損害保険株式会社 宛

ご記入日 20 年 月 日

● 以下のとおり受傷し、治療を受けました。当申告書の内容は事実と相違ありません。

● 申告者(おケガなどをされた方)が未成年の場合は、親権者が申告者となり、ご記入ください。

申告者

印

1 おケガなどをされた方

お名前	フリガナ	生年月日	年	月	日(歳)
	申告者と同じ				

2 おケガなどの内容

おケガの名前						現在の治療について	<input type="checkbox"/> 入・通院中	<input type="checkbox"/> 入・通院中止	<input type="checkbox"/> 治ゆ													
おケガをされた部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 首	<input type="checkbox"/> 腰・背・胸	<input type="checkbox"/> 腕・手	おケガの状態	<input type="checkbox"/> 骨折・脱臼	<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫	<input type="checkbox"/> 切断	<input type="checkbox"/> 不全切断												
	<input type="checkbox"/> 脚・足	<input type="checkbox"/> 指	<input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 切り傷	<input type="checkbox"/> 断裂	<input type="checkbox"/> その他 ()													
治療期間	20 年 月 日から 20 年 月 日まで					固定具の装着について																
入院期間	20 年 月 日から 20 年 月 日まで					※固定具とは、骨折・脱臼・靭帯損傷などの傷害を被った部位を固定するために「医師の指示により常時装着するギプスなど」を言います																
通院日に○印を付けてください。 各月の「○」印の数をご記入ください。						装着した部位	<input type="checkbox"/> 肘	<input type="checkbox"/> 手首	<input type="checkbox"/> 膝	<input type="checkbox"/> 足首	<input type="checkbox"/> 手指											
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	通院	固定具の種類 (名称)	<input type="checkbox"/> ギプス	<input type="checkbox"/> ギプスシャーレ		
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計 日	<input type="checkbox"/> シーネ		<input type="checkbox"/> ギプスシーネ			
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計 日	医師の指示により 常時装着した期間	20 年 月 日から 20 年 月 日まで			
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計 日		手術はなさいましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計 日	手術について	手術名			
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計 日		手術日	年	月	日
通院された日数合計						計	日	手術コード	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> J	-											
医療機関名	1.					Tel (- -)																
	2.					Tel (- -)																

3 治療費などのご負担

- 傷害医療費用を対象とする特約を付保されている場合のみご記入ください。
- なお、追加で治療費をご請求の場合で、既に受け取られた保険金(治療費)と以下にご記入いただいた金額との合計が3万円を超えるときは、今回ご請求いただく治療費の領収書(コピー)をご提出ください。領収書原本が不要な方は、原本のご提出でも結構です。

治療費のご負担	<input type="checkbox"/> なし	▶ ① 労災 ② 交通事故などで相手方が負担	負担された金額	円
	<input type="checkbox"/> あり	▶ ① 健康保険 ② 自費 ③ その他 ()	(診断書料を除く)	
入退院時・転院時(通院時を除く)の交通費	電車・バス・タクシー代などの合計金額		自家用車利用の場合	
	円	延べ走行距離	km	有料道路利用代



85G-641

代理店
受付日

年 月 日

保険会社
受付日

入院申告書の記入例

❗ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

AIG
AIG損保

入院申告書

AIG損保保険株式会社 宛

● 以下のおおりに受領し、治療を受けました。当申告書の内容は事実と相違ありません。

● 申告者(おケガなどをされた方)が未成年の場合は、親権者が申告者となり、ご記入ください。

● 申告者(おケガなどをされた方)が未成年の場合は、親権者が申告者となり、ご記入ください。

AIG損保へ送付する書類

ご記入日 20XX年 6月 1日

おケガなどをされた方

お名前 フリガナ 永合 太郎

おケガの名称 右とう骨遠位端骨折

治療期間 20XX年 4月 6日から 20XX年 5月 26日まで

入院期間 20XX年 4月 6日から 20XX年 4月 16日まで

通院日に○印を付けてください。

通院日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
(4)月																
(5)月																
()月																
()月																
()月																
()月																
()月																
()月																
通院された日数合計	計 8日															

医療機関名 1. △△病院 2. ○○診療所

● 療養費の対象とする特約を付保されている場合のみご記入ください。
● なお、追加で治療費をご請求の場合で、既に受け取られた療養費(保険料)と以下にご記入いただいた金額との合計が5万円を超えるときは、今後に請求いただく治療費の額を(コピー)をご提出ください。領収書原本が手配の方は、原本のご提出でも結構です。

治療費などのご負担

治療費のご負担 (なし) ① 労災 ② 交通事故などで相手方が負担 負担された金額 70,800 円

あり ① 健康保険 ② 自費 ③ その他 (診察費) 2,450 円

入退院時・転院時(通院時を除く) 電車・バス・タクシー代などの合計金額 2,450 円

入退院時・転院時(通院時を除く) 延べ 走行距離 km

入退院時・転院時(通院時を除く) 自家用車利用の場合 有料道路 利用代 円

申告者(おケガなどをされた方)ご本人がご記入ください。

● おケガなどをされた方が未成年の場合は、親権者が申告者となり、ご記入ください。

申告者とおケガをされた方が異なる場合のみ、おケガをされた方のお名前をご記入ください。

● 申告者とおケガなどをされた方が同一の場合は、「申告者と同じ」を○で囲んで、おケガなどをされた方の生年月日、年齢をご記入ください。

おケガなどの内容についてご記入ください。

医療機関で治療を受けられた期間をご記入ください。

通院日に○印をつけて、各月の「○」印の数を記入してください。

治療費を対象とする特約を付保している場合のみ治療費のご負担についてご記入ください。

● 健康保険や労災などの利用についても、あわせてご記入ください。

● 「負担された金額」には、治療のために医療機関へ直接支払われた費用のほか、医師の処方によるお薬代などをご記入ください。

この書類を作成された日付をご記入ください。

忘れずに押印してください。

● 弊社からの指定がない場合、認印で結構です。

ギプスなど固定具を装着した場合にご記入ください。

● 固定具の名称は、病院でご確認ください。

手術をされた場合は、「はい」を○で囲み、手術名、手術日、手術コードをご記入ください。