

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
 日本興亜損害保険(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いたします。

傷病者	氏名		職業	
	生年月日	年 月 日生 (才)	性別	男 ・ 女
事故日	年 月 日			
病 院	名称	(電話)		
	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	病院領収証または 診察券のコピー 貼付欄		
通院治療	年 月 日 ~ 年 月 日			
	固定具使用の場合 使用期間 月 日 ~ 月 日 使用固定器具 ギブス、シーネ、ポリネック、コルセット その他 ()			
休職または 休学期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
治癒日	年 月 日			
実通院治療日 (印をつけてください)				
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	日
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	日
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	日

災害事故の場合に限る

(注) 傷害共済の場合は入院・通院給付金が一事故10万円以下のとき、その他の共済の場合は通院給付金のみ請求で一事故通院給付金10万円以下のときに使用下さい。