

治療状況記入書

《記入例》

・ボールペンでご記入ください(消せるボールペンは使用不可)。
 ・ご記入内容を訂正する場合は、二重線を引き、訂正箇所にご捺印のうえ、お書き直してください。なお、治療内容の通院欄を訂正する場合のみ訂正印は不要です。

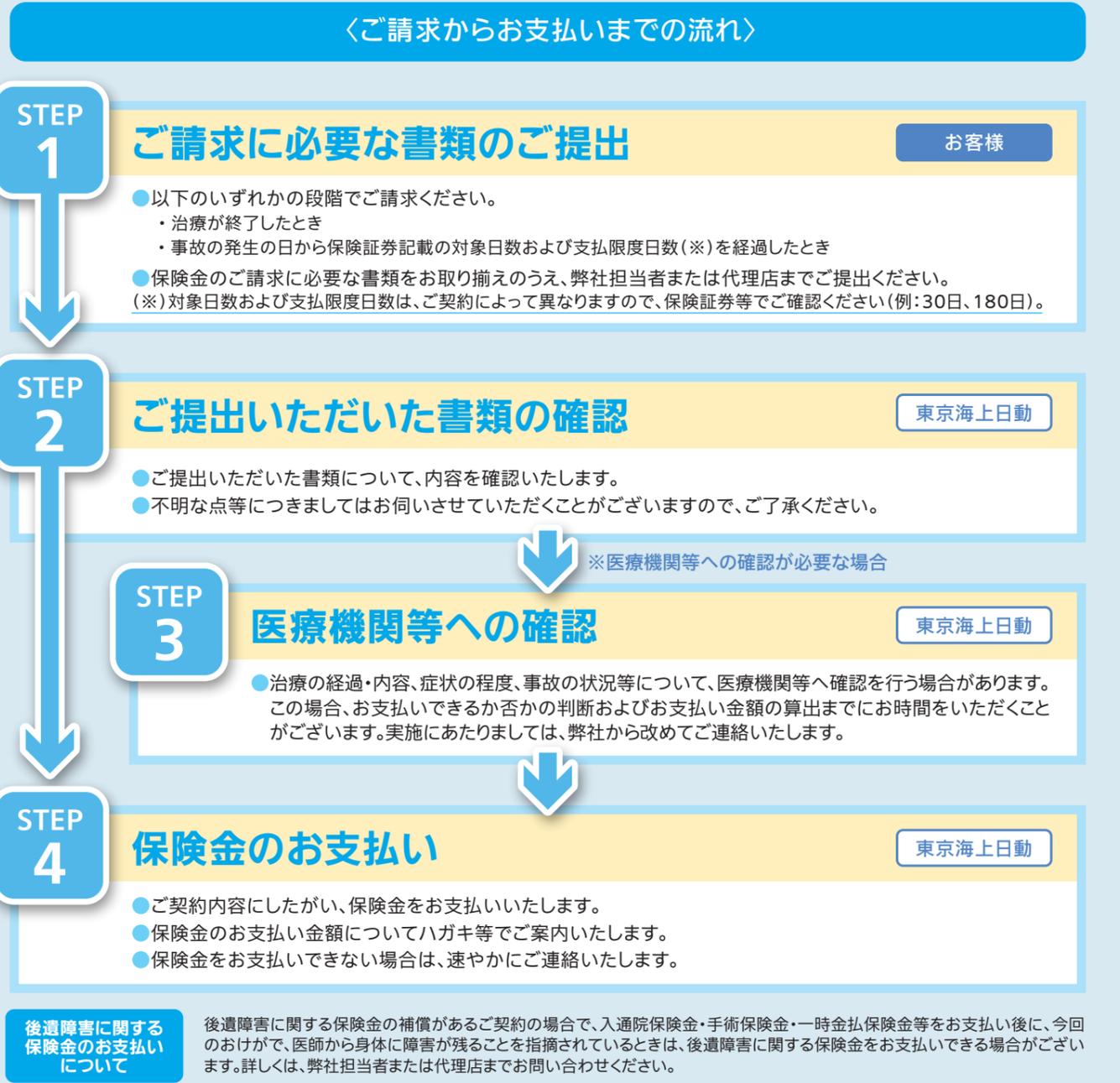
- おけがされた部位が2か所以上ある場合、主なおけがについてチェックしてください。
- 2か所以上のおけがをされた場合は、下の欄にご記入ください。
- 3か所以上の医療機関で治療された場合は、別紙にご記入のうえ添付してください。
- 治療内容の通院欄を訂正する場合は下記のように2重線で訂正をお願いします(捺印は不要です)。
- 治療処置をともなわない薬剤・治療材料の購入、受取りのみの場合は、通院には該当せず、お支払い対象とはなりません。
 ●1日に2か所以上の医療機関に通院された場合は1日分としてのお支払いになります。
- 診療明細書・診療報酬明細書・手術の同意書等、手術の内容が確認できる書類がある場合は、原本またはコピーを添付してください。

治療状況		おけがの部位・状態それぞれ1つのみチェックしてください。																																																																																																																																																																																																																																	
5 主なおけが	おけがの部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 胸・腹 <input type="checkbox"/> 背・腰 <input type="checkbox"/> 肩・腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手首 <input type="checkbox"/> 手(甲・平) <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 股・太もも <input type="checkbox"/> 膝 <input checked="" type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足首 <input type="checkbox"/> 足(甲・裏) <input type="checkbox"/> 足指 <input type="checkbox"/> 全身																																																																																																																																																																																																																																	
	おけがの状態	<input type="checkbox"/> 切り傷・すり傷 <input type="checkbox"/> 挫傷・打撲 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> じん帯・腱・筋肉の損傷または断裂 <input checked="" type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 切断または欠損 <input type="checkbox"/> 神経・脊髄の損傷または断裂 <input type="checkbox"/> 頭蓋内または眼球の腫瘍(脳挫傷含む) <input type="checkbox"/> 眼球または臓器の損傷もしくは破裂 <input type="checkbox"/> 急性中毒																																																																																																																																																																																																																																	
	左右	<input type="checkbox"/> 左 <input checked="" type="checkbox"/> 右	傷病名 右脛骨骨折																																																																																																																																																																																																																																
[2か所以上おけがをされた場合は、上記を参考に、部位・状態等をご記入ください]																																																																																																																																																																																																																																			
6	部位	手首	状態 捻挫																																																																																																																																																																																																																																
	左右	<input type="checkbox"/> 左 <input checked="" type="checkbox"/> 右	傷病名 右手首捻挫																																																																																																																																																																																																																																
※ご記入いただいた治療状況について、医療機関などへ確認させていただく場合がございます。																																																																																																																																																																																																																																			
7 医療機関	名称	安心病院	TEL 03-5233-XXXX																																																																																																																																																																																																																																
	名称	東海接骨院	TEL 03-2222-XXXX																																																																																																																																																																																																																																
8 入院	1回目	20XX年5月5日 ~ 20XX年5月6日	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関① <input type="checkbox"/> 医療機関②																																																																																																																																																																																																																																
	2回目	20XX年 月 日 ~ 20XX年 月 日	<input type="checkbox"/> 医療機関① <input type="checkbox"/> 医療機関②																																																																																																																																																																																																																																
通院 実際に通院治療を受けた日にちを記号でご記入ください。(医療機関①は「○」、医療機関②は「×」) 記入を間違えた場合は、二重線 で修正してください。																																																																																																																																																																																																																																			
<table border="1"> <tr> <th>年月日</th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th><th>17</th><th>18</th><th>19</th><th>20</th><th>21</th><th>22</th><th>23</th><th>24</th><th>25</th><th>26</th><th>27</th><th>28</th><th>29</th><th>30</th><th>31</th> </tr> <tr> <td>20XX年 5月</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>20XX年 6月</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>20XX年 7月</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>20XX年 9月</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>20XX年 月</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>20XX年 月</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				年月日	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	20XX年 5月																																20XX年 6月																																20XX年 7月																																20XX年 9月																																20XX年 月																																20XX年 月																															
年月日	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																																																																																																																																																																																																				
20XX年 5月																																																																																																																																																																																																																																			
20XX年 6月																																																																																																																																																																																																																																			
20XX年 7月																																																																																																																																																																																																																																			
20XX年 9月																																																																																																																																																																																																																																			
20XX年 月																																																																																																																																																																																																																																			
20XX年 月																																																																																																																																																																																																																																			
手術の有無 (一時金払保険金のみご請求される場合は、ご記入不要です)																																																																																																																																																																																																																																			
	手術名	骨折親血的手術(K046)	手術日 20XX年5月5日 先進医療 <input type="checkbox"/> 該当する <input checked="" type="checkbox"/> 該当しない																																																																																																																																																																																																																																
	手術名		手術日 20XX年 月 日 先進医療 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない																																																																																																																																																																																																																																
ギプス等の固定具使用の有無 (サポーター・テーピング・湿布等は固定具に含まれません)																																																																																																																																																																																																																																			
	医師等の指示により固定具を常時装着した期間	20XX年5月6日から	<input checked="" type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> シーネ固定 <input type="checkbox"/> 創外固定器																																																																																																																																																																																																																																
		20XX年6月3日まで	<input type="checkbox"/> PTBキャスト <input type="checkbox"/> PTBブレース <input type="checkbox"/> 三内式シーネ <input type="checkbox"/> その他																																																																																																																																																																																																																																
腕または脚の全部または一部の固定有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有																																																																																																																																																																																																																																			
胸部または腹部の固定有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有																																																																																																																																																																																																																																			
頸骨または頸関節の固定有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有																																																																																																																																																																																																																																			
後遺障害の有無について 今回のおけがで医師から身体に障害が残ると指摘されているときは、後遺障害に関する保険金をお支払できる場合がございますので、右の「有」にチェックをお願いします。(詳しくは、「後遺障害に関する保険金のご案内」をご確認ください。なお、「有」にチェックいただいた場合でも、後遺障害に関する保険金をお支払できる可能性があるとは当社が判断した場合のみ担当者からご連絡致します。) <input type="checkbox"/> 有																																																																																																																																																																																																																																			

傷害保険 保険金請求手続きのご案内(2022年10月以降始期用)



このたびのおけがにつきましては、心よりお見舞い申し上げます。
 以下<ご請求からお支払いまでの流れ>をご確認のうえ、ご請求手続きをお願い申し上げます。
 なお、ご不明な点がございましたら、弊社担当者または代理店までお問い合わせください。



裏面を必ずご確認ください。

上記書類のほか、必要書類の記入方法についてご不明な点がございましたら、ご遠慮なく弊社担当者までご照会ください。

診断書のご提出について (入院・通院 一時金払保険金)

入院保険金・通院保険金・一時金払保険金のご請求金額が、30万円^(※1)を超える場合に診断書のご提出が必要となります。

(※1) 今般ご請求される弊社の他の傷害保険契約との合算金額となります。また、手術保険金は除きます。30万円以下でも診断書のご提出をお願いする場合や、医療機関に直接照会するため同意書のご提出をお願いする場合がございます。

保険金ご請求金額の計算方法 (治療費の実費とは異なりますのでご注意ください。)

下記例は日数払契約^(※2)のご契約にご加入の場合の計算方法になります。一時金払でご加入の場合は、別紙「一時金払保険金のご案内」を参考に計算してください。

(※2) 日額や限度日数はご契約内容によって異なりますので、ご加入の保険証券をご確認ください。

例1 (通院日額1,500円のご契約の場合)

実際の通院日数6日の場合

通院日額1,500円 × 通院日数6日 = 9,000円
ご請求金額: 9,000円

30万円以下のご請求となりますので、原則^(※3)診断書のご提出は不要です。

(※3) 弊社担当者からご提出をお願いさせていただく場合がございます。

例2 (入院日額5,000円、通院日額3,000円のご契約の場合)

実際の入院日数50日、通院日数20日の場合

入院日額5,000円 × 入院日数50日 = 250,000円...①
通院日額3,000円 × 通院日数20日 = 60,000円...②
ご請求金額: 310,000円 (①+②)

30万円を超えますので、診断書のご提出が必要です。

診断書料はお客様のご負担となりますのであらかじめご了承ください。

保険金請求書 (傷害保険金請求用)

《記入例》

・ボールペンでご記入ください(消せるボールペンは使用不可)。
・ご記入内容を訂正する場合は、二重線を引き、訂正箇所にご捺印のうえ、お書き直してください。

保険金請求書 (傷害保険金請求用) **ご返送**

東京海上日動火災保険株式会社 宛 **※持からはみさないようにご記入ください。※付箋等は貼り付けしないでください。**

1. 本書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金請求しますので、下記口座にお振込みください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。
2. 私は、貴社またはその指名する者が保険金の支払いをするために必要な範囲で、治療の内容・症状の程度を確認するための医療情報を取得・利用することに同意します。

【個人情報の利用目的】
お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ^(※)内での確認を含みます)、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。
(※)詳しくは、弊社ホームページ(www.tokiomarine-nichido.co.jp)をご参照ください。

1 保険金請求者 ▶原則としておけがをされた方が本人が保険金請求者となります。おけがをされた方が未成年の場合は、親権者の方のご署名・ご捺印をお願いします。法人格約を付帯されている場合は、ご契約者(法人)が請求者となります。

記入日 20XX年 7月 25日
郵便番号 100-8050 ご連絡先 03-3285-XXXX 日中連絡先 090-1234-XXXX
住所 東京都 千代田区丸の内 □-□-□
ふりがな あんしん じろう
氏名 安心 次郎^①
被保険者 (おけがをされた方) 安心 保 様
TEL 090-2222-XXXX
年齢(西暦) 4月20日 17歳 男 職業 学生
性別 男 職業 学生
保険証券上のご本人との関係 本人 配偶者 子供
 被保険者本人 親権者
 相続人(または死亡保険金受取人)
 その他

2 ご契約内容 ▶弊社の保険契約で、今回の事故でご請求されるご契約をすべて下記にご記入ください。

証券番号
弊社の他の傷害保険契約等 無 有 証券番号① 証券番号②

3 保険金振込先

金融機関名 OXOX 銀行 信組 信金 農協 座種類 普通・総合 当座 貯蓄
支店名 丸の内 支店 支所 店番(3ケタ) 123 口座番号(右詰でご記入ください) 123456
口座名義(カタカナ) アンシン シ ロウ
ゆうちょ銀行 通帳記号(5ケタ) 0 通帳番号(8ケタ) (右詰でご記入ください)
口座名義(カタカナ)

4 事故の内容 ▶事故日が受付時と異なる場合は、二重線で修正の上記載してください。▶枠外へは記入しないでください。

発生日時(西暦) 2020年 5月 5日 □午前 午後 3時 30分頃
おけがをされた場所 東京都 千代田区丸の内1丁目 東京駅 構内階段
状況 何をしているとき 階段を下りる際
何が起きて 転倒
どのようになったか 右足を骨折した。

5 運転免許証内容 ▶被保険者ご自身が自動車・自動二輪車・原動機付自転車を運転中の事故の場合は、下記にチェックをお願いいたします。

事故日時時点で有効な免許証の有無 有 無

裏面(治療状況記入書)もご記入ください。

代理店受付日 弊社受付日

① おけがをされた方が未成年の場合は、親権者の方のご署名・ご捺印をお願いいたします。

② 弊社に他の傷害保険契約等がある場合は、ご記入ください。

③ お手元の通帳、カードなどをご覧になって正確にご記入ください。ゆうちょ銀行をご指定の場合には、ゆうちょ銀行通帳の左上に印字されている、通帳記号5ケタ・通帳番号8ケタの口座番号(末尾は「1」)をご記入ください。

④ 口座名義を忘れずにご記入ください。

保険金請求書(傷害保険金請求用) ご返送

東京海上日動火災保険株式会社 宛 ※枠からはみださないようにご記入ください。※付箋等は貼り付けしないでください。

同意事項

- 本書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金請求しますので、下記口座にお振込みください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。
 - 私は、貴社またはその指名する者が保険金の支払いをするために必要な範囲で、治療の内容・症状の程度を確認するための医療情報を取得・利用することに同意します。
- 【個人情報の利用目的】
お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(※)内での確認を含みます)、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。
(※)詳しくは、弊社ホームページ(www.tokiomarine-nichido.co.jp)をご参照ください。

1

保険金請求者

▶原則としておけがをされた方ご本人が保険金請求者となります。
おけがをされた方が未成年の場合は、親権者の方のご署名・ご捺印をお願いいたします。
法人特約を付帯されている場合は、ご契約者(法人)が請求者となります。

必ずご記入ください	記入日	20	年	月	日
	郵便番号		ご連絡先		日中連絡先
	住所	都道府県	市区町村	丁目以降	マンション名/部屋番号
	ふりがな				必ずご捺印ください。
氏名	(原則おけがをされた方 未成年の場合は親権者の方)			下記の被保険者との関係	
				<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 相続人(または死亡保険金受取人) <input type="checkbox"/> その他()	

被保険者 (おけがをされた方)	生年月日(西暦でご記入ください)	年	月	日	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業
	TEL						
様	保険証券上のご本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他()					

2

ご契約内容

▶弊社の保険契約で、今回の事故でご請求されるご契約をすべて下記にご記入ください。

証券番号		
弊社の他の傷害保険契約等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	証券番号①
		証券番号②

3

保険金振込先

いずれか一つ必ずご記入ください	金融機関名			<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 座種類	<input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
	支店名	ふりがな		<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所	店番(3ケタ)	口座番号(右詰でご記入ください)
	口座名義(カタカナ)					
	ゆうちょ銀行	通帳記号(5ケタ)	0	通帳番号(8ケタ) (右詰でご記入ください)		
	口座名義(カタカナ)					

4

事故の内容

▶事故日が受付時と異なる場合は、二重線で修正の上記載してください。▶枠外へは記入しないでください。

事故状況	発生日時(西暦)	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分	頃
	おけがをされた場所	都	道	府	県			
	状況	何をしているとき						
		何が起きて						
		どのようになったか						

5

運転免許証内容

▶被保険者ご自身が自動車・自動二輪車・原動機付自転車を運転中の事故の場合は、下記にチェックをお願いいたします。

事故日時点で有効な免許証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-----------------	---

裏面(治療状況記入書)もご記入ください。

代理店受領日	弊社受領日



治療状況記入書

必ずご記入をお願いいたします。
診断書をご提出いただく場合も必ずご記入をお願いします。

※枠からはみださないようにご記入ください。※付箋等は貼り付けないでください。

6

治療状況 おけがの部位・状態それぞれ1つのみチェックしてください。

主な おけが	おけがの 部位	<input type="checkbox"/> 頭	<input type="checkbox"/> 顔	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 首	<input type="checkbox"/> 胸・腹	<input type="checkbox"/> 背・腰	<input type="checkbox"/> 肩・ 二の腕	<input type="checkbox"/> 肘	<input type="checkbox"/> 前腕	<input type="checkbox"/> 手首	
		<input type="checkbox"/> 手 (甲・平)	<input type="checkbox"/> 手指	<input type="checkbox"/> 臀部	<input type="checkbox"/> 股・ 太もも	<input type="checkbox"/> 膝	<input type="checkbox"/> 下腿	<input type="checkbox"/> 足首	<input type="checkbox"/> 足 (甲・裏)	<input type="checkbox"/> 足指	<input type="checkbox"/> 全身	X	
	おけがの 状態		<input type="checkbox"/> 切り傷・すり傷		<input type="checkbox"/> 挫傷・打撲		<input type="checkbox"/> 骨折		<input type="checkbox"/> 脱臼		<input type="checkbox"/> 捻挫		
		<input type="checkbox"/> やけど		<input type="checkbox"/> 切断または欠損		<input type="checkbox"/> 神経・脊髄の損傷 または断裂		<input type="checkbox"/> 頭蓋内または眼球の 血腫(脳挫傷含む)		<input type="checkbox"/> 眼球または臓器の 損傷もしくは破裂		<input type="checkbox"/> 急性中毒	
左右		<input type="checkbox"/> 左				<input type="checkbox"/> 右				傷病名			

【2か所以上おけがをされた場合は、上記を参考に、部位・状態等をご記入ください】

部位	状態	左右	傷病名
		<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	

※ご記入いただいた治療状況について、医療機関などへ確認させていただく場合がございます。

医療 機関	① ○印	名称	TEL	-	-
	② ×印	名称	TEL	-	-

入院	1回目	20	年	月	日	～	20	年	月	日	<input type="checkbox"/> 医療機関①	<input type="checkbox"/> 医療機関②
	2回目	20	年	月	日	～	20	年	月	日	<input type="checkbox"/> 医療機関①	<input type="checkbox"/> 医療機関②

通院 実際に通院治療を受けた日にちを記号でご記入ください。(医療機関①は「○」、医療機関②は「×」)
記入を間違えた場合は、二重線 ~~○~~ ~~×~~ で修正をしてください。

年月	日	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	
20	年	月	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
20	年	月	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
20	年	月	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
20	年	月	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
20	年	月	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
20	年	月	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒

手術の有無	診察明細書・診察報酬明細書・手術の同意書等、手術の内容が確認できる書類のコピーを添付してください。		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右欄もご記入ください。)	手術名 (もしくは手術番号)		手術日 20 年 月 日
	手術名 (もしくは手術番号)		手術日 20 年 月 日
		先進医療	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
		手術日 20 年 月 日	手術日 20 年 月 日
		先進医療	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない

ギプス等の固定具使用の有無 (サポーター・テーピング・湿布等は 固定具に含まれません。)	医師等の指示により 固定具を常時装着した期間		固定具の種類		腕または脚の全部 または 一部の固定有無	胸部または腹部 の固定有無	顎骨または顎関節 の固定有無
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右欄もご記入 ください。)	20 年 月 日 から	20 年 月 日 まで	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ <input type="checkbox"/> 副子 <input type="checkbox"/> シーネ固定 <input type="checkbox"/> 創外固定器 <input type="checkbox"/> PTBキャスト <input type="checkbox"/> PTBブレース <input type="checkbox"/> 三内式シーネ <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

後遺障害の 有無について	今回のおけがで医師から身体に障害が残ると指摘されているときは、後遺障害に関する保険金をお支払できる場合がございますので、右の「有」にチェックをお願いします。(詳しくは、「後遺障害に関する保険金のご案内」をご確認ください。なお、「有」にチェックいただいた場合でも、後遺障害に関する保険金をお支払できる可能性がある当社が判断した場合のみ担当者からご連絡致します。)	<input type="checkbox"/> 有
-----------------	--	----------------------------

傷害保険金のご案内

傷害保険では、以下のような保険金をご請求の対象となります。ただし、お客様にご加入いただいております傷害保険によっては、特約等がセットされることにより、以下の補償内容を拡大・縮小するものがございます。

詳しい補償内容やお支払いの限度額、ご不明な点等につきましては、保険証券等でご確認いただくか、弊社担当者または代理店までお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

*下表の「支払対象期間」、「支払限度日数」は、ご契約によって異なりますので、保険証券等でご確認ください。

種類	保険金をお支払いする場合	お支払いする内容
通院保険金	<p>傷害(けが)により、医師等の治療を必要とし、通院(往診を含みます)された場合に、お支払いします。</p> <p>実際に通院しない場合であっても、医師の指示により約款所定の部位にギブス等を常時装着したときは、その日数について通院したものとみなします(※みなし通院)。</p> <p>(※)みなし通院の対象となる部位は、次のいずれかの部位に限りです。</p> <p>①長管骨(*1)または脊柱 ②長管骨(*1)に接続する上肢または下肢の三大関節部分(*2) ③肋骨または胸骨(体幹部を固定した場合に限りです。) ④顎骨または顎関節(線副子等で上下顎を一体的に固定した場合に限りです。)</p> <p>(*1)長管骨とは、上腕骨、橈骨、尺骨、大腿骨、脛骨および腓骨をいいます。 (*2)三大関節部分とは、肩関節、肘関節、手関節、股関節、膝関節および足関節をいいます。</p>	<p>保険証券記載の「通院補償保険金日額」に通院した日数(実日数)を乗じた額をお支払いします(ただし事故の発生日からその日を含めて180日以内の通院で、かつ支払限度日数(例:30日、90日)を限度にお支払いします。)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><ギブス等とは> ギブス・キャスト、ギブスシーネ、ギブスシャーレ、副子・シーネ・スプリント固定、創外固定器、PTBキャスト、PTBブレース(*)、線副子等およびハローベストをいいます。 (*)下腿骨骨折後に装着したものに付き、骨癒合に至るまでの医師が装着を指示した期間が診断書上明確な場合に限りです。</p> </div>
入院保険金	<p>傷害(けが)により、医師等の治療を必要とし、入院された場合にお支払いします。</p> <p>▶ 入院治療を必要としない程度の傷害や入院が治療上の必要性以外の理由によるときは、保険金をお支払いいたしかねる場合がございますので、ご了承ください。</p>	<p>1日につき、保険証券記載の「入院保険金日額」(ただし、事故の発生日からその日を含めて支払対象期間(例:30日、180日)内の入院)をお支払いします。なお、支払限度日数(例:30日、180日)が設定されている場合には、支払限度日数を限度にお支払いします。</p>
手術保険金	<p>傷害(けが)の治療のために事故の発生日からその日を含めて支払対象期間(例:30日、180日)内に病院または診療所において、約款で定める手術を受けられた場合にお支払いします。</p> <p>2013年9月30日以前始期のご契約では、入院保険金がお支払われる場合のみお支払いします(倍率が10倍、20倍または40倍となります。)</p> <p>手術保険金をお支払いする例</p> <ul style="list-style-type: none"> 筋、腱、腱鞘の観血手術 四肢関節観血手術 四肢骨観血手術 四肢切断術 等 	<p>保険証券記載の「入院保険金日額」に、約款所定の手術倍率(入院中:10倍、入院中以外:5倍)を乗じた額をお支払いします。ただし、1事故に基づく傷害について、1回の手術に限りです(1事故で複数回の手術を受けられた場合にはいずれか高い手術保険金をお支払いします。)</p> <p>手術保険金がお支払いできない例</p> <ul style="list-style-type: none"> 傷の処理(創傷処理、デブリードマン) 骨・関節の非観血的手術(メスなどの器具を用いて患部または必要部位を切除・摘出ししない手術) 皮膚切開術 抜歯手術 等
後遺障害保険金	<p>傷害(けが)により、事故の発生日からその日を含めて180日以内に約款で定める後遺障害が生じた場合にお支払いします。</p> <p>▶ 後遺障害保険金をご請求されるときは、所定の診断書を用意しておりますので、弊社担当者または代理店までご連絡ください。また、自動車保険(自賠責保険)や労災保険で後遺障害の請求をされる場合は、これらの書類を使用できる場合もありますので、あらかじめご相談ください。</p> <p style="background-color: red; color: white; text-align: center; padding: 2px;">後遺障害に関する保険金の補償があるご契約の場合、「後遺障害に関する保険金のご案内」も必ずご確認ください。</p>	<p>後遺障害の程度により、保険証券記載の「死亡・後遺障害保険金額」の100%を上限として、後遺障害保険金をお支払いします。</p>
死亡保険金	<p>傷害(けが)により、事故の発生日からその日を含めて180日以内に死亡された場合にお支払いします。</p>	<p>保険証券記載の「死亡・後遺障害保険金額」をお支払いします。ただし、すでにお支払い済みの後遺障害保険金がある場合は、保険金額からすでにお支払いした金額を控除した金額をお支払いします。</p>

【例】 入院保険金、通院保険金、手術保険金(入院保険金日額3,000円、通院保険金日額1,000円)

1/1に大腿骨を骨折し、観血手術を受けた後、1/20まで入院、その後3/31まで10日間通院した。

<入院保険金計算式> 3,000円×20日=60,000円

<手術保険金計算式> 3,000円×10倍=30,000円

<通院保険金計算式> 1,000円×10日=10,000円



合計100,000円

後遺障害に関する保険金のご案内

このたびのおけがにつきましては、心よりお見舞い申し上げます。

後遺障害に関する保険金についてご案内いたします。

今回のおけがで医師から身体に障害が残ることを指摘されているときは、後遺障害に関する保険金をお支払いできる場合がございます。詳しくは、弊社担当者または代理店までお問い合わせください。

ご注意

後遺障害に関する保険金を補償対象外とするご契約や、補償対象となる後遺障害の範囲(等級)を限定しているご契約もございますので、お客様にご加入いただいているご契約内容・補償内容の詳細については、保険証券や加入者証、パンフレット、ご契約のしおり(約款)などでご確認ください。

後遺障害保険金のお支払い対象となる場合

- 今回のおけがの直接の結果として、事故の発生の日からその日を含めて180日以内に約款で定める後遺障害が生じた場合

※後遺障害とは、症状が安定し、医学上一般に認められた治療を行っても、その治療の効果が医学上期待できない状態で、身体に残された症状が将来においても回復できない機能の重大な障害に至ったもの、または、身体の一部の欠損をいいます。

後遺障害保険金のお支払い対象となる例

下記は例となりますので、下記に該当しない場合でも医師から身体に障害が残る可能性を指摘されたときは、弊社担当者または代理店までお問い合わせください。

- ・ 大腿骨を骨折し、人工関節(骨頭)の置換(挿入)術を受けた。
- ・ 脊椎を圧迫骨折し、そのことがレントゲン写真等で確認できる状態にある。
- ・ 頭部外傷により、脳挫傷を受傷した。
- ・ 頭部外傷により、両手・両足が麻痺して動かない状態にある。

* 補償対象となる後遺障害の範囲(等級)を限定しているご契約の場合、上記に該当した場合でも、後遺障害保険金のお支払い対象とならない場合もございます。

後遺障害保険金のご請求に必要な書類(例)

- 後遺障害保険金のご請求には、以下のような書類が必要になります。おけがの内容によって必要となる書類が異なる場合がございますので、詳しくは弊社担当者または代理店までお問い合わせください。

- ・ 当社指定の後遺障害診断書
- ・ 同意書(医療機関等照会用)
- ・ その他当社が必要とする書類(レントゲン、MRI等の各種検査資料等)

【ご注意いただきたい点】

- ・ 後遺障害診断書をご提出いただいても、検討の結果、後遺障害保険金のお支払い対象とならない場合がございます。
- ・ おけがの直接の結果と認められない場合や、将来回復する可能性のある一時的な機能の低下については、後遺障害保険金のお支払い対象となりません。
- ・ 受傷前から既に存在していた身体の障害や疾病の影響がある場合は、その影響を踏まえて、お支払い対象となるかを確認いたします。

診断書 (傷害保険用)

東京海上日動火災保険株式会社 宛

下記①～③の保険金の合計額が30万円以下の場合は、原則、診断書のご提出は不要です。

①入院保険金 ②一時金払保険金、傷害一時金払保険金

③傷害部位・症状別保険金(傷害手術加算金を除く)

診断書料はお客様のご負担となりますので、あらかじめご了承ください。

傷病者 氏名	カルテ No.
	① 健保 ② 国保 ③ 労災 ④ 自由診療 ⑤ その他 ()
傷病名・外傷名 または 受傷部位・態様	① 男・② 女 年 月 日生 初診日 年 月 日
発病または 受傷の原因 傷病者申告の内容を 詳細にご記入ください	傷病発生年月日 年 月 日 当該傷病の治療歴 (無・有) 治療時期 (年 月 日 ~ 年 月 日) (病院名:) (内容:)
初診から現在までの主要症状並びに治療内容	治療に影響を及ぼした既往症 (無・有) (傷病名:) 頸部症候群(むちうち症)・腰痛の場合 医学的他覚所見(理学的検査、神経学的検査、臨床検査、 画像検査等により認められる異常所見)の有無 ・画像所見(X-P、CT、MRI)異常 (無・有) () ・その他所見 異常 (無・有) ()
今回の傷病に関して実施した手術等の種類	手術名 ① ②
(開頭術)・(開胸術)・(開腹術)・(胸腔)・(胸腔ドレナージ)・(その他) 創傷処理 (筋肉に達する)・(達しない) 筋骨関係手術の場合 (観血)・(非観血) 植皮術の場合 (25 cm以上)・(25 cm未満)	診療報酬点数 ①(K・J) - () 手術区分番号 ②(K・J) - () 手術日 ① 年 月 日 ② 年 月 日
先進医療の実施有無 (無・有) (年 月 日 ~ 年 月 日)	技術名 () 先進医療に係る届出受理日 (年 月 日)
入院治療 日間(うち外泊日数 日) (うち特定集中治療室に入った日数 日) 年 月 日 ~ 年 月 日	固定具を「常時装着」するよう指示した期間(無・有) (「入浴時以外は装着」したケースは「常時装着」に含めます。)
通院治療 日間 年 月 日 ~ 年 月 日	固定具名① <input type="checkbox"/> ギプス、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、シーネ <input type="checkbox"/> その他 () 固定部位① () から () 常時装着期間① 年 月 日 ~ 年 月 日
実通院治療日 (〇印をつけてください。)	固定具名② <input type="checkbox"/> ギプス、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、シーネ <input type="checkbox"/> その他 () 固定部位② () から () 常時装着期間② 年 月 日 ~ 年 月 日
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日	医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間の有無 (無・有) (年 月 日 ~ 年 月 日) [具体的判断理由]
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日	平常の業務または平常の生活(更衣・入浴・家事・書字等)に 著しい支障があると判断された期間の有無 (無・有) (年 月 日 ~ 年 月 日) [具体的判断理由]
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日	年 月 日 (治療) (継続) (中止) (転医)
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日	後遺障害残存見込 (無・有・未定) (有・未定の場合には、現状および今後の見込みについてご記入ください。)
	症状固定見込年月 年 月

必ずご記入いただきますようお願い申し上げます。後遺障害保険金のお支払い可能性を確認する必要があります。

上記のとおり診断します。

所在地 〒 -

医療機関名

診療科名

医師名

GIAJ09-C02-202212

※署名もしくは記名押印をお願いします。

年 月 日

TEL - -

代理店受領日	弊社受領日