

入院申告書

1 この申告書のご使用にあたって

1. 次の条件(ア)(イ)をともに満たす場合に、この『入院申告書』を使用いただくことができます。

(ア) 退院後の請求であること

(イ) 入院日数が 20 日以内であること

2. この『入院申告書』をご使用の場合は、次の書類を所属団体経由で当会へご提出ください。

(1) 『給付金請求書』

(2) 『入院申告書』

(3) 『医療機関が発行する「入院費の領収書(入院期間がわかるもの)」(写し)』

※上記以外の書類の提出をお願いする場合がございます。予めご了承ください。

※入院された医療機関に照会させていただく場合がございます。予めご了承ください。

2 入院内容記入欄

被保険者名 (入院された方)		男 ・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日生
入院の原因 となった 傷病名		傷病発生日	年 月 日頃
		初診日	年 月 日
入院期間	入院日	年 月 日	～ 退院日 年 月 日
入院された 病院または 診療所	医療機関名		
	所在地	電話:	
	主治医	科	医師
上記記載事項は事実と相違ありません。万一事実と異なる場合には、給付金を返還します。 本件に関し、貴会が必要と判断する事項について医療機関等に照会を行うことに被保険者と共に同意します。			
申告日		年 月 日	保険契約者(給付金受取人)
			_____ (印)
※保険契約者以外の方がご記入の場合			
保険契約者との続柄 (配偶者・子.....)			
法定代理人 (親権者・後見人)			_____ (印)