

医療共済ハピネス
(団体型医療保険)

入院・治療申告書

この申告書のご使用にあたって

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

【入院の場合】・・・(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

【外来手術の場合】・・・(ウ) 診療報酬点数 1,400 点以上の手術

2.この『入院・治療申告書』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・治療申告書』

(3)『医療機関の「入院費または外来の領収書(入院期間または手術点数がわかるもの)」(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。

※入院または外来手術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。

申告日 年 月 日

下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。

契約者名 (申告者)			被保険者 (給付対象者)		
	生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日
傷病名			傷病発生日	年 月 日頃	
			初診日	年 月 日	
入院期間	①入院日		年 月 日	～ 退院日	年 月 日
	②入院日		年 月 日	～ 退院日	年 月 日
医療機関名	①医療機関				
	医師名	電話:			
	②医療機関				
	医師名	電話:			

ハピネス共済会 (一般財団法人 ハピネス共済会)