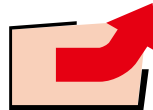


(20050395) 504766-0100 ①



裏面もご確認ください

ご注意

- 補償対象者ご本人さま(おケガをされた方)がご記入・ご捺印ください。
- 補償対象者さま(おケガをされた方)が未成年の場合は、親権者の方がご記入・ご捺印ください。

同意人

- 補償対象者さま(おケガをされた方)がご署名・ご捺印ください。
- 補償対象者さま(おケガをされた方)が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。

補償対象者(おケガをされた方)

- 同意人が補償対象者ご本人さまの場合、氏名、住所のご記入は不要です。生年月日のみご記入ください。

同意人

- 補償対象者さま(おケガをされた方)がご署名・ご捺印ください。
- 補償対象者さま(おケガをされた方)が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。

患者さま

- 患者さまが同意人と異なる場合は、「上記以外」にレ点チェックのうえ、患者さまの氏名をご記入ください。

損害保険ジャパン株式会社 行

個人情報の取扱いに関する同意書(おケガをされた方)

私は、20 XX 年 7 月 2 日 の事故による保険金請求に関する個人情報(以下、損害保険ジャパン)の社員、またはその委託を受けた者が下記のとおり取り扱うことに同意します。

記

【個人情報の取扱いに関する事項】
損害保険ジャパン(以下、「当社」と言います)は、本保険金請求に関する個人情報、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供、損害保険等当社の取扱いに関する商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等を行うこと(以下、「当社業務」と言います)に利用します。また、下記からなる、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録を行います。
①当社が、当社業務のために、業務委託先(保険代理店を含む)、保険仲立人、保険金の請求・支払いに関する関係先(修理業者、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等)、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。
②当社が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社、等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。
③当社が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと(再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます)があります。
④当社が、国内外のグループ会社や提携先会社に提供を行い、その会社が取り扱う商品・サービスの案内・提供およびその判断等に利用することがあります。
⑤契約の安定的な運用を図るために、被保険者の保険金請求情報等を契約者に対して提供することがあります。

なお、保険医療等のセンシティブ情報(人種、信条、社会的地位、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます)の利用目的は、法令等に定め、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。
当社の個人情報の取扱いに関する詳細(国外居住者の個人情報を含みます)、グループ会社や提携先会社、等については当社公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)をご覧ください。

記入日 20 XX 年 9 月 24 日

①お読み 記入ガイドをご確認いただき、補償対象者さま(おケガをされた方)がご署名・ご捺印ください。
補償対象者さま(おケガをされた方)が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。

同意人	氏名	損保 一郎	ご捺印 ください	
	住所	東京 練馬区桜台〇-〇-〇		
補償対象者 (おケガをされた方)	補償対象者さまとの関係	☒ (本人) ☐ (親権者) ☐ (その他) ()		
	氏名	※同意人が、補償対象者さま(おケガをされた方)ご本人の場合、ここに生年月日のみご記入ください。		
	住所	西暦 <u>19XX 年 XX 月 XX 日</u> 生		

医療照会に関する同意書

①お読み 記入ガイドをご確認いただき、補償対象者さま(おケガをされた方)がご署名・ご捺印ください。
補償対象者さま(おケガをされた方)が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。

主治医師 損害保険ジャパン株式会社 行

損害保険ジャパン株式会社または本書を所持する同社委託の者が、下記患者の症状、治療内容、病歴等について照会し、必要により治療・検査記録、画像診断のフィルム(コピー)、診断書等を受領する、または貸与を受けることに同意します。
なお、本書のコピーも本書と同等の効力があるものと認めます。

同意書

同意人	氏名	損保 一郎	ご捺印 ください	記入日	<u>20XX 年 9 月 24 日</u>
	住所	東京 練馬区桜台〇-〇-〇			
患者さま	患者さま	☒ 同意人と同じ			
	患者さまの生年月日	☐ 上記以外 ⇒ 氏名			
患者さまとの関係	患者さまとの関係	☒ (本人) ☐ (親権者) ☐ (その他) ()			
	患者さまの生年月日	西暦 <u>19XX 年 XX 月 XX 日</u> 生			

損害保険ジャパン株式会社

ご注意

- 申告者ご本人がご記入ください。
●ご記入の際は、ボールペン等（鉛筆以外）をご使用ください。

■訂正をいただく際のご注意

- 訂正がある場合は、**二重線**で訂正し、ご記入ください。

※ご記入日を西暦でお書きください。 20 XX 年 12 月 ~~17~~16 日

① 記 入 目

- この入院・通院申告書をお書きになった日付を、西暦でご記入ください。

② 申 告 者

- 保険金請求者（原則としておケガをされた方ご本人）の氏名
をご記入ください。
ただし、おケガをされた方が未成年者の場合は親権者の氏名
をご記入ください。

 フリガナも必ずご記入ください。

- 被保険者（おケガをされた方）と申告者の関係を○で囲んでください。
- 平日・日中のご連絡先として、ご自宅の電話番号、および勤務先または携帯電話の電話番号をご記入ください。また、ご記入いただいた電話番号の項目を必ず○で囲んでください。

③ 被 保 險 者

-  被保険者と申告者が同じときは、ご記入は不要です。

⑤ おケガ・治療の内容

-  医療機関にご確認のうえ、正しくご記入ください。

- 実際に通院治療を受けた日を○で囲んでください。
●複数の医療機関に通院された場合、病院ごとに「○」、「△」等に、
印を分けてご記入ください。

ギプス等の固定具を使用されている場合

- 治療途中で、固定具の種類や部位を変更された場合、その期間ごとに、A欄、B欄にご記入ください。
- 常時装着では、「入浴中のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴中および就寝時のみ取り外す」の状態を含みます。
- 固定具の種類は下記を参考に下記記入ください。

損害保険ジャパン株式会社

表面

入院・通院 申告書（傷害用）

裏面も
ご確認ください

ご記入前に
ご確認ください。

- ご記入ガイドをご確認ください。申告者ご本人がご記入ください。
- 当会では、保険金支払額が10万円以下の場合に、診断書の代わりとしてご提出いただくものです。
- 申告内容の正確な内容により、あらためて診断書のご提出をお願いする場合があります。

① 記入日 西暦記入日 20XX年12月17日
原則とお書きください。

② 申告者 原則として、おケガをされた方ご本人です。おケガをされた方が未成年者の場合は親権者は親権者が申告者となります。

氏名	フリガナ ソノボ イチウ	(自記)	と被保険者	(印) 関係者
	損保 太郎	電話番号 090 1234 XXXX	その他(印)	

③ 被保険者 申告者と同じ場合はご記入は不要です。

おケガをされた方ご本人 **損保 一郎**

④ 医療機関 以下にご記入いただくか、または診療券や領収書のコピー（一枚可）を添付してください。

医療機関名	ヒマワリクリニック	☐ 電話番	03 (3333) XXXX	利用料	☒ 国庫 (実費) / 自費 / その他 ()
医療機関名	損保病院	☒ 電話番	03 (4444) XXXX	利用料	☒ 国庫 (実費) / 自費 / その他 ()

⑤ おケガ・治療の内容 必要に応じて直連欄にご確認のうえ、ご記入ください。

別紙「記入ガイド」を参照

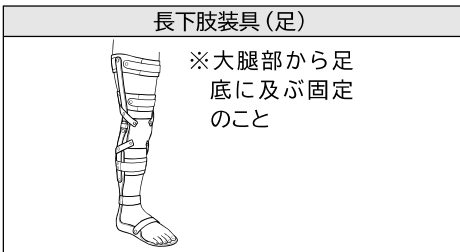
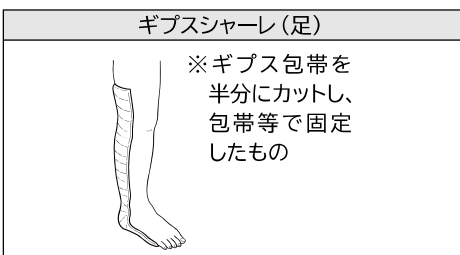
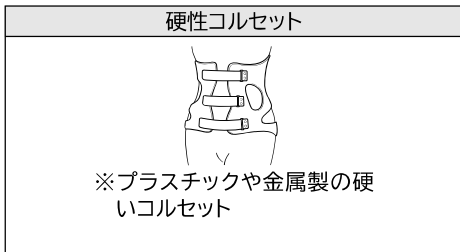
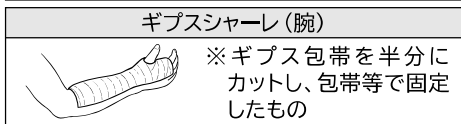
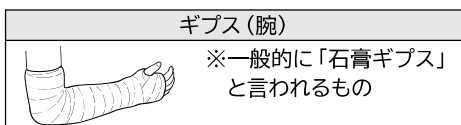
部位	(顔)(頭)(肩)(肘)(腕)(腰)	(脚)(その他)	手(指)・足(指)	※入院に通院治療を受けた日に○印をつけてください。複数の医療機関を回った場合は○のみで、印をおつけてください。
症状	☒ 打撲	☐ 捻挫	☐ 骨折	9月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計 3日
傷病名	左前腕骨骨折			10月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計 2日
入院治療	年 月 日 ~ 年 月 日			11月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計 1日
通院治療	20XX年 9 月 2 日 - 20XX年 12 月 2 日 (うち実際に通院した日数 7 日)			12月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計 1日
手術	☐ ※正式な手術名をご記入ください 手術名			手術日 年 月 日 合計 7日
固定具を装着※(1)	固定具の種類※(2)			手術後は足首を含む固定
A 20XX年 9 月 2 日から 20XX年 9 月 10 日まで	ギプスバンド	石膏コルセット (骨格コルセット※(3))	(なし)	☒
B 20XX年 9 月 10 日から 20XX年 9 月 16 日まで	ギプス	弾性コルセット (骨格コルセット※(3))	(なし)	☒

※1 常時装着には、「入浴中のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴時および就寝時のみ取り外す」の状態を含みます。
※2 固定具の種類については、別紙「記入ガイド」の裏面をご確認ください。 ※3 布製のコレット（軟性コルセット）は含みません。

最終 治療日	年 月 日	後遺障害 残存見込	内容 ※あり・不明の場合、内容をご記入ください
<今後の治療予定>	☒	☒	

裏面に記入してください

損害保険ジャパン株式会社



- 上肢（手）または下肢（足）を固定されている場合、入院・通院申告書裏面に固定部位をご記入ください。