


入院状況報告書

アフラ生命保険株式会社 御中

傷病者氏名	(フリガナ)		性別	<input type="radio"/> 男性	生年月日	<input type="radio"/> 大正	年	月	日	
				<input type="radio"/> 女性		<input type="radio"/> 昭和				<input type="radio"/> 平成
入院の原因となった傷病名						傷病発生年月日	初診日			
						年 月 日 頃	年 月 日 頃			
入院期間 (日帰り入院を含みます)	第1回目	年 月 日		～	年 月 日					
	第2回目	年 月 日		～	年 月 日					
前医または紹介医	有・無	医療機関名 その所在地				医師名				
発病(受傷)から入院までの経過	(いづれからどのような症状があったかご記入ください)									
入院先の病院 または診療所	名称	TEL ()								
	所在地									
	担当科 医師	科				医師				
・上記報告書は事実と相違なく、後日、万一事実と異なることが判明した場合には、受領した給付金は貴社に返還いたします。 ・貴社より所定の証明書の提出を求められたときは、あらかじめ所定の証明書を提出することに同意いたします。										
請求者						年 月 日				
(請求印と同一印)										
※ 親権者										
※ 受取人が未成年のため親権者からのご請求となる場合は親権者をご記入ください。										

ご使用の際はこの報告書と合わせ、以下の証明書類をご提出ください。

A. 生活習慣病、女性疾病、成人病に対する給付特約が付加されている契約のご請求の場合

入院日と入院の直接の原因となった傷病名が明記された医療機関発行の証明書

例) 退院証明書コピー (もしくは入院費用の領収書コピー+傷病名記載のある治療計画書等)

B. 生活習慣病、女性疾病、成人病に対する給付特約が付加されていない契約のご請求の場合

入院日が明記された医療機関発行の証明書

例) 退院証明書コピー (もしくは入院費用の領収書コピー)

入院状況報告書のご使用にあたっての注意事項

この報告書は以下の1～3の要件をすべて満たす場合、当社所定の『入院・手術・通院等証明書(診断書)』に代えてご使用いただくものです。

1. 入院給付金のみのご請求であること。

2. 退院後の請求であること。

3. 契約日(又は復活日、特約中途付加日)から2年超経過後に開始されたご入院の場合 入院日数が30日以内であること。

契約日(又は復活日、特約中途付加日)から2年以内に開始されたご入院の場合 入院日数が10日以内であること。

ただし、上記1～3の要件をすべて満たしていても、以下ア～キに該当する場合、この報告書はご使用できませんので、当社所定の『入院・手術・通院等証明書(診断書)』原本をご提出ください。

ア.妊娠中または分娩によるご入院の場合。

イ.自費入院(健康保険適用対象外入院)の場合。

ウ.柔道整復師法に定める施術所への入所の場合。

エ.特定部位・特定疾病不担保適用期間中の入院の場合。

オ.入院給付金以外(手術給付金、診断給付金、その他各種保険金等)の請求を伴う場合、あるいは入院給付金以外の請求の場合。

カ.ガン保険及びがん保険(ガン医療給付金付定期保険)のご請求の場合。

キ.医療機関発行の証明書類のコピー(前出のA、Bに記載されたいずれかの必要書類)をご提出いただけない場合。