

治療状況報告書

【ご記入にあたって】

この「治療状況報告書」は、医師の診断書に代えて治療内容を確認する書類です。被保険者様ご自身で、各項目についてできるだけ具体的に事実をご記入ください。ご記入いただいた内容で治療内容詳細等がわかりかねる場合には、当社から直接病院へ照会させていただきます。

万一、偽りやその他不正等により記載事項が事実と異なることが判明した場合は、給付金を返還いただく場合がございます。

ライフネット生命保険株式会社 御中

下記の通り、報告します。記載事項は事実と相違ありません。

請求者(自署)

1.	氏名	フリガナ	性別	男 女	生年月日	年	月	日																									
2.	傷病名	入院・手術等の原因となった傷病名をご記入ください																															
3.	症状自覚日は 受けた傷の日	年 月 日頃																															
4.	発症(受傷)から治療までの経過	いつごろからどのような症状があったのか、おわかりになる範囲でご記入ください																															
5.	治療期間	初診日	年 月 日																														
		入院期間	年 月 日 ~		年 月 日	退院	入院中																										
	年 月 日 ~		年 月 日	退院	入院中																												
6.	手術	手術日	年 月 日	手術名																													
	放射線	実施期間	年 月 日 ~	年 月 日	終了	継続中																											
7.	治療をされた病院	病院名																															
		所在地																															
		医師名	科	医師																													
8.	前医または紹介医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	病院名	※有の場合は必ずご記入ください (初診日 年 月 日)																													
9.	既往症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	傷病名	:	治療時期	:																											
			入院	:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(入院期間:	年 月 日 ~	年 月 日)																									
10.	外来日(通院日) ※定期療養保険のご契約がある場合のみ	年 月	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
		年 月	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
		年 月	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
		年 月	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
		年 月	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