

# 記入例

- 「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。
- 治療を終えられてから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ご記入ください。
- ご提出をお願いしている「診療明細書」や「領収書」等のコピーを必ず添付してください。  
添付できない場合は、当社所定の医師の診断書「治療証明書（診断書）」が必要となります。
- 記入もれや書類添付もれ等がありますと、審査に時間がかかる場合がありますのでご注意ください。
- ご記入いただいた内容で治療詳細等がわかりかねる場合は、当社から直接病院へ照会させていただきます。

お客様ご記入用		※消えないペンでご記入ください																																																																																																																																																																																																								
<b>治療状況報告書</b>																																																																																																																																																																																																										
<p><b>【ご記入にあたって】</b>          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。</p>																																																																																																																																																																																																										
<p>ライフルネット生命保険株式会社 御中          下記の通り、報告します。記載事項は事実に相違ありません。</p>																																																																																																																																																																																																										
請求者（自署） <b>来風 大輔</b>																																																																																																																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">1. 氏名</td> <td colspan="2">フリガナ</td> <td>ライフ ダイスケ</td> <td>性別</td> <td>男</td> <td>生年月日</td> <td colspan="2">1977 年 1 月 1 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td>来風 大輔</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. 傷病名</td> <td colspan="7">入院・手術等の原因となった傷病名をご記入ください <b>急性虫垂炎</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">3. 症状自覚日 たま 受傷日</td> <td colspan="7">2021 年 2 月 21 日頃</td> </tr> <tr> <td colspan="2">4. 発症（受傷） から治療までの経過</td> <td colspan="7">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  2/21朝方より腹痛あり。痛みがおさまらず発熱・吐き気もあるため、同日、△△病院を受診。検査の結果、急性虫垂炎と診断された。翌日から〇〇総合病院へ3日間入院し点滴治療を受けて退院したが、再び腹痛がおき、3/2に再受診。手術が必要との診断で、再入院・手術となった。</td> </tr> <tr> <td colspan="2" rowspan="2">5. 治療期間</td> <td>初診日</td> <td colspan="6">2021 年 2 月 22 日</td> </tr> <tr> <td>入院期間</td> <td colspan="2">2021 年 2 月 22 日 ~ 2021 年 2 月 24 日</td> <td>退院</td> <td>入院中</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">6. 治療内容</td> <td>手術日</td> <td>2021 年 3 月 3 日</td> <td>手術名</td> <td colspan="4"><b>虫垂切除術</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">放射線</td> <td>実施期間</td> <td colspan="7">年 月 日 ~ 年 月 日 終了 繼続中</td> </tr> <tr> <td colspan="2" rowspan="3">7. 治療をされた病院</td> <td>病院名</td> <td colspan="7">〇〇病院</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="7">東京都千代田区麹町×-×</td> </tr> <tr> <td>医師名</td> <td colspan="7">内科 ■■ 医師</td> </tr> <tr> <td colspan="2">8. 前医または紹介医</td> <td>病院名</td> <td colspan="6">※有の場合は必ずご記入ください △△病院</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td colspan="6">(初診日) 2021 年 2 月 21 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">9. 既往症</td> <td>傷病名</td> <td colspan="6">慢性扁桃炎</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>治療時期</td> <td colspan="6">2017年4月頃～2018年10月まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>入院</td> <td>無</td> <td>有</td> <td colspan="4">(入院期間: 2018 年 10 月 1 日 ~ 2018 年 10 月 15 日)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" rowspan="5">10. 外来日（通院日） ※定期療養保険のご契約がある場合のみ</td> <td>年 月</td> <td colspan="7">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</td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td colspan="7">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</td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td colspan="7">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</td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td colspan="7">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</td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td colspan="7">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</td> </tr> </table>									1. 氏名	フリガナ		ライフ ダイスケ	性別	男	生年月日	1977 年 1 月 1 日					来風 大輔						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 <b>急性虫垂炎</b>							3. 症状自覚日 たま 受傷日		2021 年 2 月 21 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  2/21朝方より腹痛あり。痛みがおさまらず発熱・吐き気もあるため、同日、△△病院を受診。検査の結果、急性虫垂炎と診断された。翌日から〇〇総合病院へ3日間入院し点滴治療を受けて退院したが、再び腹痛がおき、3/2に再受診。手術が必要との診断で、再入院・手術となった。							5. 治療期間		初診日	2021 年 2 月 22 日						入院期間	2021 年 2 月 22 日 ~ 2021 年 2 月 24 日		退院	入院中				6. 治療内容		手術日	2021 年 3 月 3 日	手術名	<b>虫垂切除術</b>				放射線		実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日 終了 繼続中							7. 治療をされた病院		病院名	〇〇病院							所在地	東京都千代田区麹町×-×							医師名	内科 ■■ 医師							8. 前医または紹介医		病院名	※有の場合は必ずご記入ください △△病院									(初診日) 2021 年 2 月 21 日						9. 既往症		傷病名	慢性扁桃炎								治療時期	2017年4月頃～2018年10月まで								入院	無	有	(入院期間: 2018 年 10 月 1 日 ~ 2018 年 10 月 15 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						
1. 氏名	フリガナ		ライフ ダイスケ	性別	男	生年月日	1977 年 1 月 1 日																																																																																																																																																																																																			
			来風 大輔																																																																																																																																																																																																							
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 <b>急性虫垂炎</b>																																																																																																																																																																																																								
3. 症状自覚日 たま 受傷日		2021 年 2 月 21 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  2/21朝方より腹痛あり。痛みがおさまらず発熱・吐き気もあるため、同日、△△病院を受診。検査の結果、急性虫垂炎と診断された。翌日から〇〇総合病院へ3日間入院し点滴治療を受けて退院したが、再び腹痛がおき、3/2に再受診。手術が必要との診断で、再入院・手術となった。																																																																																																																																																																																																								
5. 治療期間		初診日	2021 年 2 月 22 日																																																																																																																																																																																																							
		入院期間	2021 年 2 月 22 日 ~ 2021 年 2 月 24 日		退院	入院中																																																																																																																																																																																																				
6. 治療内容		手術日	2021 年 3 月 3 日	手術名	<b>虫垂切除術</b>																																																																																																																																																																																																					
放射線		実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日 終了 繼続中																																																																																																																																																																																																							
7. 治療をされた病院		病院名	〇〇病院																																																																																																																																																																																																							
		所在地	東京都千代田区麹町×-×																																																																																																																																																																																																							
		医師名	内科 ■■ 医師																																																																																																																																																																																																							
8. 前医または紹介医		病院名	※有の場合は必ずご記入ください △△病院																																																																																																																																																																																																							
			(初診日) 2021 年 2 月 21 日																																																																																																																																																																																																							
9. 既往症		傷病名	慢性扁桃炎																																																																																																																																																																																																							
		治療時期	2017年4月頃～2018年10月まで																																																																																																																																																																																																							
		入院	無	有	(入院期間: 2018 年 10 月 1 日 ~ 2018 年 10 月 15 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																																																																																																																																																																																																							

病院で交付された  
「入院診療計画書」等を参考  
に必ずご記入ください。  
不明な場合は病院にお問い合わせください。

病気の場合は症状を自覚した  
時期を、ケガの場合はケガをした  
日をご記入ください。

今回の病気やケガで、  
治療をされた病院をはじめて  
受診した日をご記入ください。

今回ご請求される入院期間を  
ご記入ください。

今回の病気やケガで、  
治療をされた病院を  
受診する前に、他の病院を  
受診されている場合は  
ご記入ください。

正確な治療時期がわからない  
場合は、おおよその時期や期間を  
ご記入ください。  
例：治療時期：2017年4月頃から  
入院期間：2018年10月に  
1週間程度など

**※定期療養保険のご契約が  
ある場合のみ**

外来（通院）治療を受けられた  
日に○印を記入してください。