

当報告書は病院（医師）の証明書  
としては使用できません。

## 入院状況報告書（自己申告用）

▼太線枠内の項目についてご記入の上、お受取人がご署名・ご捺印ください。

下記記載事項は事実に相違なく、また添付の請求書・領収書コピー、退院証明書コピー、診療報酬明細書コピーは、原本の写しに相違ありません。万一事実と異なることが判明した場合は給付金を返還いたします。

(西暦) 20 年 月 日

受取人  
(請求者)

印

請求書に押印が必要な  
場合に押印ください。

※受取人が未成年者または被後見人の場合は、親権者または後見人が受取人名および以下項目をご記入ください。

ジブラルタ生命保険株式会社 御中

|              |   |  |  |
|--------------|---|--|--|
| 傷病者の氏名       | <input type="text" value="上記と同一"/><br><input type="text" value="上記と相違"/> → 氏名 | 傷病者の<br>生年月日   | <input type="text" value="大正"/><br><input type="text" value="昭和"/><br><input type="text" value="平成"/><br>年 月 日 |
| 入院の原因となつた傷病名 | 傷 病 名   | 傷 病 発 生 年 月 日  | 年 月 日  |
| 上記傷病の原因      |   |  | 年 月 日  |
| 治療期間         | 初診  | 年 月 日 ~  | 年 月 日 <input type="text" value="終診"/> <input type="text" value="現在加療中"/>                                       |
|              | 入院期間  | 第1回目   | 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="text" value="退院"/> <input type="text" value="入院中"/>                                 |
|              |   | 第2回目   | 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="text" value="退院"/> <input type="text" value="入院中"/>                                 |
| 分娩に伴う入院の場合   | 入院期間中に分娩した場合 → 分娩日 年 月 日  |  |  |
| 入院先の病院または診療所 | 第1回目入院  | <input type="text" value="病院"/><br><input type="text" value="医院"/><br><input type="text" value="診療所"/>   | 科 電話 ( )   |
|              | 第2回目入院  | 入院先の病院または診療所が第1回目と <input type="text" value="同一"/> ・ <input type="text" value="相違"/> ※ 相違する場合は、以下にご記入ください。↓<br><input type="text" value="病院"/> 科<br><input type="text" value="医院"/><br><input type="text" value="診療所"/> 電話 ( ) |  |

※ 使用上のご注意 : この報告書はつぎの全ての条件を満たすときに、所定の「入院・手術証明書（診断書）」に代えてご使用できます。

- 医療法に規定されている病院または診療所への入院であること。  
(柔道整復師法に定める施術所への入所には使用できません。)
- 表紙の **ご注意** にある「入院費用の請求書または領収書」、「診療報酬明細書」、「退院証明書」のいずれかを添付いただいていること。
- その他、会社が定める所定の要件を満たしていること。

- \* 正常分娩による入院（分娩を伴う入院期間中、健康保険適用対象外の期間）はお支払いの対象外となりますのでご了承願います。
- \* ご提出いただいた書類の内容が、お申し出の内容と異なっている場合などには、所定の「入院・手術証明書（診断書）」の提出をご依頼することもございますのでご了承願います。
- \* ご提出いただいた書類で入院内容がわかりかねますときは、診療を受けられた上記の病院または診療所に内容をお伺いすることもございますのでご了承願います。

# ご記入例

22010018

受取人（請求者）は、「給付金等請求書」の受取人と同一人をご記入ください。

## 入院状況報告書（自

「給付金等請求書」と同一印をご捺印ください。

また添付の請求書・領収書コピー、退院証明書コピー、診療報酬明細書コピーは、原本の写しに相違ありません。万一事実と異なることが判明した場合は給付金を返還いたします。

(西暦) 20 **16** 年 **7** 月 **1** 日

傷病の原因が不明の場合は、「不明」または「不詳」とご記入ください。

**ジラルタ 太郎**

※受取人が未成年者または被後見人の場合は、親権者または後見人が受取人名および以下項目をご記入ください。  
保険株式会社 御中

ついてご記入の上、お受け取りください。

|              |   |   |                             |
|--------------|---|---|-----------------------------|
| 傷病者の氏名       | 上記と同一                                   | 傷病者の生年月日                                  | 大正 昭和 平成<br>西暦<br>40年 4月 1日 |
| 入院の原因となった傷病名 | 上記と相違 → 氏名                              | 傷病発生年月日                                   |                             |
| 上記傷病の原因      | 傷 病 名<br><b>肺炎</b>                      | 2016年 1月 2日                               |                             |
|              | <b>インフルエンザ</b>                          | 2016年 1月 1日                               |                             |
| 初診           | 2016年 1月 1日 ~ 2016年 1月 23日              |   | 終診 現在加療中                    |
| 入院期間         | 第1回目 2016年 1月 1日 ~ 2016年 1月 10日 退院 入院中  |   |                             |
|              | 第2回目 2016年 1月 15日 ~ 2016年 1月 23日 退院 入院中 |   |                             |
| 場合           | 入院期間中に分娩した場合 → 分娩日 年 月 日                |   |                             |
| 第1回目入院       | 平成                                      | 病院 (医院) (診療所)                             | 内科 電話 03 (1234) 5678        |
| 第2回目入院       | 一番町                                     | 相違 ※相違する場合は、以下にご記入ください。↓<br>病院 (医院) (診療所) | 内科 電話 03 (9876) 5432        |

・入院費用の請求書・領収書、診療報酬明細書、退院証明書に記載の入院期間をご記入ください。

捺印ください。

第2回目の入院先が第1回目と同一の時は「同一」を選択、相違する場合は「相違」を選択いただき、名称等をご記入ください。

入院期間中に分娩した場合には、必ず分娩日をご記入ください。

※ 使用上の注意 . この報告書はつぎの全ての条件を満

ること。  
せん。)

書、「診療報酬明細書」、「退院証明書」のいずれかを添付いただいでい

- \* 正常分娩による入院（分娩を伴う入院期間中、健康保険適用対象外の期間）はお支払いの対象外となりますのでご了承願います。
- \* ご提出いただいた書類の内容が、お申し出の内容と異なっている場合などには、所定の「入院・手術証明書（診断書）」の提出をご依頼することとなりますのでご了承願います。
- \* ご提出いただいた書類で入院内容がわかりかねますときは、診療を受けられた上記の病院または診療所に内容をお伺いすることとなりますのでご了承願います。