

(搭傷テーブル払:捻挫・打撲・挫創用)

記入例

通院状況申告書

セゾン自動車火災保険株式会社 御中

下記事実に相違ないことを診察券(写)を添え、申告いたします。

作成日 22年 1月 23日

本紙を、記入捺印した日付

被保険者

住所 東京都 豊島区 東池袋 3-1-1

住所、氏名、連絡先を記入し、捺印ください。

- ・おケガをされた方のお名前
- ・おケガをされた方が未成年の場合は親権者

氏名 セゾン 太郎

世存印

連絡先 03-1234-5678

おケガをされた方 上記被保険者と 同じ場合は 記入不要	住所	おケガをされた方の職業、性別、 生年月日を記入下さい	職業	会社員
	氏名		男・女	生年月日 明治 大正 昭和 平成 40年 1月 1日 (才)

おケガをされた部位	頸部(首)	腰部	頭部	顔面部	腕	手	足	その他 ( )
-----------	-------	----	----	-----	---	---	---	---------

おケガの状態	捻挫	打撲	切り傷	すり傷	( )
--------	----	----	-----	-----	-----

あてはまる部位、状態の点線をなぞってください。

ご通院された日に○印をつけてください。

5月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21
6月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21
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
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

通院された日を、月を記入し、日付に丸を付けてください。

診察券のコピーを添付してください。または、掛かれた医療機関について、ご記載ください。

〔 診察券 (写) 貼付欄 〕

診察券がない場合は右の欄に病院名等をご記入ください。

医療機関名	病院名	鈴木整形外科病院
	受診科	整形外科 科
	所在地	東京都 東池袋 3-1-2
	電話番号	03-2345-6789
	病院名	
	受診科	科
	所在地	
	電話番号	