

医療保険の入通院申告書

AIG損害保険株式会社 宛

ご記入日 20 年 月 日

- 入院期間または手術をされたことが確認できる書類の写し(入院領収書、診療明細書、退院証明書など)をご提出ください。
- 改めて弊社所定の診断書のご手配をお願いする場合があります。あらかじめご了承ください。

1 治療を受けられた方(保険金請求者)・申告者

フリガナ 治療を受けられた方	男 女	生年月日	年 月 日(歳)
フリガナ 申告者	治療を受けられた方と同じ	印	証券番号

2 ご病気・ご入院について

● 既にご請求済みの入院・手術・通院についてはご記入不要です。

入院・手術・通院の原因となった傷病名	初診日 (初めて医療機関を受診された日)	年 月 日
入院期間	① 年 月 日～ 年 月 日 ② 年 月 日～ 年 月 日	
手術をされた場合は、手術名と手術コードを医療機関でご確認のうえ、ご記入ください。		
①手術名	②手術名	
手術日 年 月 日 手術コード (K) (J) -	手術日 年 月 日 手術コード (K) (J) -	
放射線治療をされた場合は、部位と期間を医療機関でご確認のうえ、ご記入ください。		
照射された部位	期間	年 月 日～ 年 月 日
通院日および固定具については、通院医療保険金・通院給付金の付保がある場合のみご記入ください。		
通院日に○印を付けてください	各月の「○」印の数をご記入ください。	固定具の装着について
()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	通院 計 日	※固定具とは、骨折・脱臼・靭帯損傷などの傷害を被った部位を固定するために「医師の指示により常時装着するギプスなど」を言います
()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	計 日	装着した部位 (肘) (手首) (膝) (足首) (手指) (足指) (その他) ()
()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	計 日	固定具の種類(名称) (ギプス) (ギプスシャーレ) (シーネ) (ギプスシーネ) (その他) ()
()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	計 日	医師の指示により常時装着した期間 20 年 月 日から 20 年 月 日まで
()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	計 日	
現在のご治療について	再入院のご予定がある場合にご記入ください。	
(入院中) (通院中) (治ゆ)	年 月頃 日間の予定	
治療を受けた医療機関①	治療を受けた医療機関②	
医療機関名	医療機関名	
TEL(- -)	TEL(- -)	



45M-641

代理店
受付日

年 月 日

保険会社
受付日

医療保険の入通院申告書の記入例

❗ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

AIG損保へ返送する書類

医療保険の入通院申告書

AIG損害保険株式会社 宛
 ● 入院期間または手術がされたことが確認できる書類の写し(入院通知書、診療明細書、退院証明書など)をご提出ください。
 ● 改めて弊社所定の診断書のご手配をお願いします。あらかじめご了承ください。

ご記入日 20XX年 11月 10日

この書類を作成された日付をご記入ください。

忘れずに押印してください。
 ● 弊社からの指定がない場合、認印で結構です。

保険証券などをご確認のうえ、今回ご請求される
 弊社の証券番号をご記入ください。

ギプスなど固定具を装着した場合にご記入ください。
 ● 固定具の名称は、病院でご確認ください。

現在のご治療について

再入院のご予定がある場合にご記入ください。

再入院のご予定 年月日

治療を受けた医療機関②
 治療を受けた医療機関①
 医療機関名 ○○大学病院 TEL(03 - XXXX - XXXX)
 ○○内科医院 TEL(03 - XXXX - XXXX)

45M-641

治療を受けられた方 (保険金請求者) が本人がご記入ください。
 ● 治療を受けられた方が未成年の場合は、親権者が治療を受けられた方のお名前をご記入ください。

申告者と治療を受けられた方 (保険金請求者) が異なる場合は、申告者のお名前をご記入ください。
 ● 申告者と治療を受けられた方が同一の場合、「治療を受けられた方と同じ」を○で囲んでください。
 ● 治療を受けられた方が未成年の場合は、親権者が申告者となり、ご記入ください。

入院・手術・通院の原因となった傷病名、初診日、入院期間をご記入ください。
 ● 手術がされた場合は、手術名・手術日・手術コードをご記入ください。

通院日に○印をつけて、各月の「○」印の数をご記入ください。

現在のご治療についてご記入ください。