

入院状況報告書

この報告書は、以下の項目に該当する入院一時給付金のご請求のみ利用できます。

以下の項目に該当しない項目があった場合は、「医師の診断書」または、「ひまわり共済会所定の書式による医師の診断書」のご提出をお願いいたします。

- ① 退院後のご請求
- ② 保険開始日から2年以内の入院の場合は、ご請求金額が5万円以下
- ③ 保険開始日から2年以上経過後の入院の場合は、ご請求金額が10万円以下
- ④ 入院期間が客観的に確認できる領収書の写し等の添付

* ご注意いただきたい事項

- ・ご提出いただきました書類で入院内容が分かりかねます時は、入院された病院または診療所に内容をお伺いすることがありますのでご了承をお願いします。
- ・「入院状況報告書」に記載された内容と異なる事実が判明した場合には、給付金をお支払いできないことがございますのでご了承をお願いします。
- ・ひまわり共済会が必要とした場合には、「医師の診断書または、ひまわり共済会所定の書式による医師の診断書」のご提出をお願いすることがございますので予めご承知願います。

ひまわり共済会 御中

下記記載事項のとおり相違ありません。万一事実と異なることが判明した場合には、給付金が支払われないことについて了承いたします。尚、本件についてひまわり共済会が必要とする場合には、病院・診療所へ照会することに同意します。

申請日 年 月 日

共済会会員：社員番号 氏名 印

治療の対象になられた方、傷病について

請求対象者：本人・配偶者（氏名： ）・子（氏名： ）

性別：男 女 生年月日： 年 月 日

入院の原因となった傷病名： _____

傷病発生日： 年 月 日 初診日： 年 月 日

入院期間：(入院日) 年 月 日 ~ (退院日) 年 月 日

医療機関について

所在地： _____

病院名または診療所名： _____

電話番号： () _____

担当医師名： _____ 先生 担当診療科： _____ 科