

お問合せ番号(保険金請求)	CL
保険証券番号	

ご提出前に、記入もれ、捺印もれ、○のつけもれ、☑もれがないか、ご確認ください。

⑥	同封いただいた領収書などの合計枚数 (本請求書を除く。「領収書」・「診療明細書」・「検査結果表」・「OO証明書」などの枚数)	枚
	うち、セレモニー(火葬)費用等の領収書などの合計枚数	(うち 枚)

傷病の内容 (複数の傷病でご通院の場合は、診断名をすべてご記入ください。)		
番号	ケガをした、または病気に気がついた年月日・通院日数など	診断名および症状・治療内容 (治療内容などについて、詳しい内容をご記入ください。また治療した部位・左右などもご記入ください。)
⑦ 1	年 月 日 通院日数 (入院/手術は 日間 含みません)	診断名： 症状：
	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 死亡 (年 月 日死亡)	治療内容：
	今回、処方されたシャンプー・イヤークリーナーなどの商品名	
⑦ 2	年 月 日 通院日数 (入院/手術は 日間 含みません)	診断名： 症状：
	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 死亡 (年 月 日死亡)	治療内容：
	今回、処方されたシャンプー・イヤークリーナーなどの商品名	
⑦ 3	年 月 日 通院日数 (入院/手術は 日間 含みません)	診断名： 症状：
	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 死亡 (年 月 日死亡)	治療内容：
	今回、処方されたシャンプー・イヤークリーナーなどの商品名	

入院/手術にかかわるご請求がある場合は、その入院/手術の内容をご記入ください。		
※麻酔を用いて行った手術でも、縫合のみ・創傷処理・検査などを目的とした場合は、手術補償には含まれず、通院または入院保険金の補償対象に該当いたします。		
番号	手術日および入院期間 (入院日数)・手術の有無・手術名	
⑧ 1	上記⑦の ① ② ③ 番の治療分	入院日数 日間
	入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日	手術名
	<input type="checkbox"/> 手術あり <input type="checkbox"/> 手術なし	手術日 年 月 日
⑧ 2	上記⑦の ① ② ③ 番の治療分	入院日数 日間
	入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日	手術名
	<input type="checkbox"/> 手術あり <input type="checkbox"/> 手術なし	手術日 年 月 日

会社使用欄	
-------	--