

治療申告書

Medical Declaration



アリアンツ火災海上保険株式会社 御中
To: Allianz Fire & Marine Insurance Japan Ltd.

〒107-0051 東京都港区元赤坂1丁目6-6
安全ビル17階
Tel. (03)-4588-7580 Fax. (03)-4588-7593
Anzen Bldg.,
6-6 Motoakasaka 1-chome, Minato-ku, Tokyo
〒107-0051

請求書が小額の場合(10万円以内)に限り、本申告書で診断書に代えることができます。
In case your claim amount does not exceed ¥100,000, this declaration may be substituted for a doctor's diagnosis.

傷病者 Patient	氏名 Name	生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Day	性別 Sex	男 Male	女 Female								
傷病部位 Part Affected	頭・顔・首・体()・手・腕()・足・脚()・その他() Head Face Neck Body Hand Arm Foot Leg Other															
傷病形態 Nature & Condition of Injury or Sickness	きり傷・打撲・捻挫・火傷・骨折・脱臼・むちうち・その他() Cut Contusion Sprain Burn Fracture Dislocation Whiplash Other															
傷病発生日 Date of Occurrence of Injury or Sickness	年 Year		月 Month		日 Day											
入院期間 Period of Hospitalization	自 From	年 Year	月 Month	日 Day	実際に通院して治療を受けた日に○印をつけてください。 Please encircle the dates when you actually received medical treatment in hospital as outpatient.											
	至 To	年 Year	月 Month	日 Day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
入院日数 Total No. of Days					月	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
うち、外泊日数 Drop-out Days					日											
通院期間 Period of Outpatient's Care	自 From	年 Year	月 Month	日 Day												
	至 To	年 Year	月 Month	日 Day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
うち、実通院回数: Actual No. of Days as Outpatient					月	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
固定具使用 の場合 Method for Fixed Positioning	固定期間 Period of Fixed Positioning	自 From	年 Year	月 Month	日 Day											
	至 To	年 Year	月 Month	日 Day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
使用固定具 Kind of Utensils					月	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
ギプス Plaster Cast																
その他 Other ()					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
手術の場合 Surgical Operation	手術名 Name of Operation	()														
	手術日 Date of Operation	年 Year	月 Month	日 Day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
					月	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

のりしろ Pasting

診察券または診察券のコピーを必ずここに貼り付けてください。
Consultation Card or its Copy to be pasted up hereon

上記事実と相違ないことを申告いたします。
なお、貴社が必要に応じ、私の傷病の程度・治療内容について医療機関などに照会し、または記録をとりつけることに同意します。
I HEREBY DECLARE all the descriptions as above are true and also HEREBY AUTHORIZE any hospital, physician, or other person (s) who has attended or examined me, to furnish to the company any and all information with respect to my sickness or bodily injury.

申告日 Date declared	年 Year	月 Month	日 Day
----------------------	-----------	------------	----------

被保険者または請求者 Insured or Claimant

住所:
Address

氏名:
Name

電話番号:
Telephone

印
Signature