

入院状況申告書は、「入院・手術等証明書(診断書)」に代えて提出いただく書類です。
今回の請求に関する入院内容を申告ください。

被保険者をご記入ください。

C 入院状況申告書

オリックス生命保険株式会社 御中
今回請求の入院状況について、以下のとおり申告します。

1

2

被保険者

山田 太郎

ご印鑑

3

病 気 や
ケ ガ の
前 名

胃潰瘍

4

初診日*

2016年 9月 2日

*初診日…今回の入院の原因となった病気やケガに関する最初の診察日をいいます。

5

入院日

2016年 9月 5日

退院日

2016年 9月 15日

6

医 療
機 関 名

○× 病院

診療科

内科

《本紙と一緒にご提出が必要な書類》
退院時に日本国内の医療機関窓口で発行される、以下のいずれか1点のコピーと一緒にご提出ください。

・入院費の領収書
・退院証明書
・診療明細書

⚠ 必要項目がすべて記載されているかご確認ください。

被保険者の氏名
 入院日
 退院日
 医療機関名

《本紙の使用条件》

⚠ 使用条件を1つでも満たさない場合、「入院・手術等証明書(診断書)」の提出が必要です。

入院日数が14日以内である
(責任開始日(復活日)から2年以上経過後に開始した入院については30日以内である)

給付金を請求する時点で退院している

手術を受けていない または、手術給付金の支払対象となる手術を受けていない

以下に表示する給付金の請求がない

・先進医療給付金
・がん診断治療給付金
・がん通院給付金
・がん一時金

・三大疾病治療一時金
・急性心筋梗塞一時金
・脳卒中一時金

がん保険以外の請求である

特定疾病・特定部位不担保条件が適用されていない契約である または、特定疾病・特定部位不担保条件の適用期間経過後に開始した入院である

被保険者

被保険者が署名・捺印ください。

病気やケガの名前

今回の入院の原因となった病気やケガの名前をご記入ください。
(例)
・右手人差し指の骨折
・気管支喘息
※検査入院、検診は除く

入院情報

もれなくご記入ください。

保険金・給付金お問合せ窓口

0120-506-053 受付時間 月曜～土曜 9:00～18:00 (日曜・祝日・年末年始休み)

<http://www.orixlife.co.jp/>

(2018年5月作成)保険-10634-01

事故発生状況報告書は、不慮の事故が発生したときの状況を報告いただくためのものです。

「不慮の事故」とは、交通事故・転倒・スポーツ中のケガなど、入院や手術の原因となった事故をいいます。

- ご記入にあたっては、必ず黒のペンまたは黒のボールペンを使用ください。
- 記入内容を訂正する場合は、訂正線（二重線）を引き、訂正印を押してください。

D 事故発生状況報告書

オリックス生命保険株式会社 御中

今回請求のケガについて、以下のとおり報告します。



フリガナ			
① 被保険者	※②証明者と同一の場合は、ご記入不要です。		
② 証明者	山田 太郎	被保険者から見た続柄 <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 親 <input type="radio"/> 子 その他()	ご印鑑
③ 発生日時	20××年××月××日	午前/午後	8時30分頃
③ 発生場所	東京都〇〇区△△△2丁目△△△橋交差点 ※住所・施設名称・交差点名称など、わかる範囲でご記入ください。		
④ ケガの原因をチェックしてください(複数選択可)			
<input checked="" type="checkbox"/> 3 交通事故(運転中・同乗中) <input type="checkbox"/> 4 交通事故(歩行中) <input type="checkbox"/> 7 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 9 機械による事故 <input type="checkbox"/> 12 運動中 <input type="checkbox"/> 99 その他			
⑤ ケガをした状況を詳しくご記入ください			
信号のある交差点で、赤信号で止まったところを後続車に追突された。			
⑥ 交通事故の場合は、追加でご記入ください			
●警察への届出 → <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		《交通事故現場見取り図》 	
<運転中の場合> ●運転免許証(事故時点で有効なもの) → <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

証明者

被保険者または事故の発生状況についてわかる方が署名・捺印ください。

事故の発生状況

もれなくご記入ください。

交通事故の発生状況

交通事故の場合のみ、ご記入ください。

保険金・給付金お問合せ窓口

0120-506-053 受付時間 月曜～土曜 9:00-18:00(日曜・祝日・年末年始休み)

<http://www.orixlife.co.jp/>