［お読みください】

「甲告書」のご記入に際しては、医療機関にご確認のうえ、正確なご記入をお願いいたします。特に「医師に診断された傷病名（外傷名）」「固定具等の使用の有無」「画像診断の有無」

「集中治療室管理等の有無」「手術等実施の有無」「先進医療の受療の有無」欄は、ご担当の医師に十分ご確認ください。また、「申告書」のご記入内容に関して、後日弊社から医療機関、ご申告者等にご照会をさせていただくことがございますので、ご了承願います。

（※）「常時装着」とは、日常生活全般において「固定具等」を常に使用している状態をいい、「入浴時のみ固定具等を取り外す」、「就寝特のみ固定具等を取り外す」、

「入浴詩および就寝時のみ固定具等を取リ外す」等の状態を含みます。また、主な「固定具の種類」につきましては、裏面に説明を記載しておりますので、ご参照ください。

（※）「集中治療室管理等」「オンライン診療」につきましては、裏面に用語のご説明を記載しております。

2つ以上の医療機関で治療された場合は、「診察券コピー貼り付け位置」欄の

* 印（表面）△・□印（裏面）に合わせて、○△□等で区別してご記入ください。

医療機関にご確認のうえ、ご記入ください。 治療を受けられた医療機関について、貼り付けまたはご記入ください。

必ずご記入ください。



「診断書」をこ提出いただく際は、「診療状況申告書」は不要ですが、以下のような場合には、

「診療状況申告書」のこ提出をお願いすることがあります。

（例）・2つ以上の医療機関で治療され、一部の医療機関のみ「診断書」を取得されている場合。

・「診断書」取得後に再び医療機関で治療されている場合

【傷害保険用】

診療状況申告書

セノッピー共済会宛

以下の申告に相違ありません。また、貴社が医療機関に対し「診療状況申告書」（以下、「申告書」といいます。）に基づき医療機関に

照会された際、医療機関から回答が得られない場合には、改めて貴社所定の

「診断書」を提出します。

利用保険

健保

国保

労災

自費

その他

作 成 日

年

月

日

おケガをされた方が未成年の場合には、親権者の方がご記入ください。

おケがを

された日

ご申告者

年

月

日

印

生

年

月

日

性

別

ご申告者に同じ

ご申告者と異なる場合には、以下に「おケガをされた方」をご記入ください。

おケガをされた方

西暦

年

月

日

男

女

（補償の対象者）

医師に診断された傷病名

（外傷名）

おケガをされた 体の部位

左記以外

左 右 腕（手指以外）

左 右 足（足指以外）

左

左

右

右

手指

足指

その他の場合

縫合の有無

キズの長さ

無

有

cm

おケガの症状

左記固定具による腕（肩から手首まで）

常時装着された固定具等の種類（※）

常時装着された固定具等の使用期間

または脚（足の付け根から足首まで）の全部または一部の固定有無

固定具等の使用の有無

無

ギプス シーネ

ギプスシーネ

ギプスシャーレ

創外固定機

年

月

日から

年

月

日まで

日間）

無

有

（使用期間：

硬性コルセット

その他

ギプス シーネ

ギプスシーネ

ギプスシャーレ

創外固定機

年

月

日から

年

月

日まで

日間）

有

無

有

（使用期間：

硬性コルセット

その他

画像診断の有無

無

有

レントゲン

CT

MRI

その他

実際に入院した日に〇印をご記入ください。

＊「診断書」をご提出いただいた場合には、「診断書」記載以外に、入院した日について〇印をご記入ください。（自宅療養は除く）

入院治療された期間

年

月

日〜

無

年

）

月

日

（集中治療室管理等（※）：

有

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

計

オンライン診療（※）を受けた場合のみご記入ください。

オンライン診療日

月

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

日

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

計

医療機関名

月

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

手術名

手術コード手術日

K

J

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

日

手術等実施の有無

無 有

年

月

日

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

計

月

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

手術名

手術コード手術日

K

J

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

日

年

月

日

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

計

後遺障害残存見込

無 有

内容 ※有の場合、内容をご記入ください。

月

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

日

〈今後の治療予定〉

最終治療日

年

月

日

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

計

無

有

月

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

診察券コピー貼り付け位置

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

日

※2つ以上の医療機関で治療された場合は、裏面もご利用ください。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

計

医療機関名

月

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

電話番号

日

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

所 在 地

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

計

診療科名

科

月

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

医 師 名

日

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

でん部

腰

熱 傷

背

内出血

腹

脱 臼

胸

骨 折

肩

腱の断裂

首

じん帯損傷

歯

捻 挫

眼

すり傷

顔

切り傷

頭

打 撲

※

書式 3