SOMPO JAPAN INSURANCE INC.

AUTHORIZATION（同意書）

I HEREBY AUTHORIZE ANY HOSPITAL, PHYSICIAN,OR OTHER PERSON WHO HAS ATTENDED OR EXAMINED ME, TO FURNISH TO THE COMPANY, OR TO AUTHORIZED REPRESENTATIVE, ANY AND ALL INFORMATION WITH RESPECT TO ANY SICKNESS OR INJURY, MEDICAL HISTORY., CONSULTATION, PRESCRIPTIONS OR TREATMENT, AND COPIES OF ALL HOSPITAL OR MEDICAL RECORDS. A PHOTO STATIC COPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL.

被保険者を診療又は治療したすべての病院、医師及び関係者が、保険会社又はその指名する者に、被保険者に関するすべての疾病、傷害の記録を提供することを、下記署名人は承認致します。なお本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

SIGNATURE OF INSURED 被保険者の署名 ㊞

SIGNATURE OF CLAIMANT 請求者の署名 ㊞

ADDRESS 住所

ADDRESS 住所

IF THE AMOUNT CLAIMED DOES NOT EXCEED ¥100,000. THIS FORM WILL NOT BE REQUIRED. PLEASE FILL IN DOCUMENTATION OF MEDICAL TREATMENT.

請求額が10万円以下の場合、当診断書は不要です。かわりに「治療申告書」をご記入下さい。

カルテNo.	
利用保険（該当に○印）	政府管掌健保　官設共済組合 組合管掌健保　船員保険 国民健保　労災保険 日雇労働健保　自費
保険No.	

PHYSICIAN'S STATEMENT 診断書

株式会社損害保険ジャパン　御中

年　月　日作成

（医師）住所

氏名 ㊞

（電話）

下記の通り診断いたします。

傷病者	（住所） （氏名）（電話　　）
	（職業）　年　月　日生　才　男　女

初診日	年　月　日	発病したと判断される時期または受傷日	年　月　日頃
傷病名および態様	（初診時の症状およびその後の経過）		
当該傷病に影響ある既往症の有・無	有・無	存在する場合は、その傷病名および発生時期	（傷病名）（発生時期）頃
当該傷病の治療歴の有・無	有・無	治療歴がある場合、その病院名と時期	①病院名 時期　年　月頃 ②病院名 時期　年　月頃 ③病院名 時期　年　月頃
（当該傷病発生の原因）			
入院治療期間	年　月　日から　日間 年　月　日まで	通院治療期間	年　月　日から　日間 年　月　日まで

実治療日（通院のみ）（当該月を記入し、通院日に○をつけて下さい。）	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
完全に就業が不可能と思われる期間（参考）	年　月　日から　年　月　日まで　日間	
後遺障害内容	（精神・神経・運動に永久に障害を残す場合は、その状況を特に詳細に書いて下さい。）〔参考〕（労災等級別　級に該当）	

年　月　日　・治ゆ　・治ゆ見込　・固定　・中止　・転医