

治療費申告書（治療諸費用保険金請求の場合）

※治療諸費用保険金のご請求額が合計5万円を超える場合、領収書のPDFまたは画像を併せてご提出願います。
 内容により、担当者から領収書を確認させていただく場合がございます。ご請求いただいた領収書は6か月間お手元に保管ください。補償対象となる費用の詳細は補償内容・Q&Aをご参照ください。

治療費用申告欄

※治療費は病院・整骨院での一部負担金（保険診療費）、食事療養費等が補償対象です。保険外治療や物品購入費用は対象外です。

	支払い日または治療日 (YYYY/MM/DD)	項目	支払先	金額
例	2023/3/1	【病院・整骨院】一部負担金・保険診療費	〇〇接骨院	340 円
例	2023/3/2-3/3	【病院・整骨院】一部負担金・保険診療費	△△医院	8,640 円
1				円
2				円
3				円
4				円
5				円
6				円
7				円
8				円
9				円
10				円
11				円
12				円
13				円
14				円
15				円
16				円
17				円
18				円
19				円
20				円
21				円
22				円
23				円
24				円
25				円
26				円
27				円
28				円
29				円
30				円

交通費申告欄

	通院回数	区間	手段	往復交通費 / 往復距離	病院名
例	3	品川 - 大崎	【公共交通機関：電車・バス等】費用を申告ください	292 <input checked="" type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> km	〇〇病院
例	5	自宅 - 病院	【自家用車】往復距離を申告ください	5 <input type="checkbox"/> 円 <input checked="" type="checkbox"/> km	△△整骨院
1				<input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> km	
2				<input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> km	
3				<input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> km	
4				<input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> km	
5				<input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> km	
6				<input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> km	