(ご提出先)第一スマート少額短期保険株式会社

診断書（メンタル疾病専用）

医師記入欄

1. 氏名				□ 男性 □ 女性	生年月日	□昭和 □平成 □令和 年　月　日
2. 傷病名	ア	今回請求の原因（契機）となった疾病	診断確定された場合は診断確定後の疾病名を記入してください。		医師推定 傷病発生(受傷)年月日
					西暦 年　月　日
		(ICD-10 コード)			
		診断確定日	年　月　日		
	イ	アの原因となった傷病名や事故	例：アが「うつ病」の場合→分娩、分娩の合併症など		医師推定 傷病発生(受傷)年月日
					西暦 年　月　日
	ウ	アの初診日	年　月　日		
	エ	初診のきっかけ	□症状が出現し自己判断で受診　□前医からの紹介（紹介状　あり　・　なし　） □その他（　）		
3. 経過等	【補足事項がある場合にはご記入ください】				

上記のとおり証明します。　　記入日　　年　月　日

所在地　　電話番号

名称

医師氏名 _____ 印

請求者記入欄

※医師の方は記入しないでください。

上記証明書の内容について、事実に相違ないことを確認しました。

請求者氏名 _____ 印

ご記入にあたってご留意いただきたい点

・ボールペン等（鉛筆は不可）で記入してください。
・訂正・追記の場合は、必ず証明印による訂正印・追記印を押印してください。（訂正日・追記日も記入ください。）

当社では、お客さまの個人情報を以下の利用目的の達成に必要な範囲で使用いたします。
〇各種保険契約のお引き受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い
〇関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
〇当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
〇その他保険に関連・付随する業務