先進医療に関わる費用申告書

先進医療費用保険金補償特約用

＜先進医療費用保険金の必要書類についてのご説明＞

先進医療費用保険金のご請求に必要な書類は以下のとおりです。下記にご記入のうえ、領収書を添付してください。

先進医療の費用	先進医療に関わる費用の記載のある医療機関の領収書
交通費	タクシー代、駐車場代、高速料金代、その他公共交通機関以外の領収書 ※電車・バス等の公共交通機関の領収書は不要です。
宿泊費	宿泊施設発行の領収書 ※お支払いは1泊1万円までが限度となります。領収書上に表記された食事代やルームサービスのご使用等、宿泊実費以外の代金は対象外となります。

先進医療を受療されると、先進医療の費用、通常の治療と共通する部分についての一部負担金、食事についての標準負担額などを、お客さまが医療機関に支払われることとなりますが、それぞれの金額を記載した領収書が医療機関から発行されます。
領収書をご確認のうえ、「先進医療の費用」の額をご記入ください。

作成日　　年　　月　　日
※この書類をご記入された日付を必ずご記入ください。

三井住友海上火災保険株式会社宛

保険金請求者
（被保険者）　氏名 _____ 印

**　　年　　月　　日から　　年　　月　　日までに私が受けた先進医療に関する費用の額は以下のとおりです。**

先進医療の費用	＋	交通費・宿泊費	＝	ご請求金額
円		円		円

（交通費・宿泊費の明細を以下の表に記入ください）

交通費・宿泊費用明細　（単位：円）　　※自家用車での走行距離　片道約_____km

請求対象日	区間	公共交通機関			自家用車（※）			その他	宿泊費（実費）
		電車	バス	その他	ガソリン代	高速料金	駐車場代	タクシー他	
年　月　日	～								
年　月　日	～								
年　月　日	～								
年　月　日	～								
年　月　日	～								
年　月　日	～								
年　月　日	～								
年　月　日	～								
年　月　日	～								
年　月　日	～								
年　月　日	～								
年　月　日	～								
年　月　日	～								
年　月　日	～								
年　月　日	～								
年　月　日	～								
小　計									