国公共済会　御中
●FAX：03-3580-2885
●メール：info@k-kyosai.jp
●住所：〒105-0003 港区西新橋 1-17-14-4F

国公共済会受付印

健 康 告 知 相 談 書

健康告知相談を希望する方は、下記の記載事項を記入して、**直近の健康診断（人間ドック）の結果表のコピーを添付**して、国公共済会事務局に提出してください。記入内容に漏れがあると回答できませんので、確実な記入をお願いします。提出後、下記に記載された内容を元に国公共済会顧問医師とも相談のうえ、新規加入・増口について判断し、連絡を差し上げます。判断まで１～２週間かかることもございますので、ご了承ください。

記入日	年　月　日								
所属組合名									
組合員氏名									
日中連絡先									
健康告知相談対象者氏名									
生年月日	年　月　日								
加入者番号（既加入者のみ）									

回答連絡先			
TEL		FAX	
メール			
郵送	（〒　ー　）		
あてはまる方に○をつけてください			
新規加入希望　・　増口希望			

傷病名		発病・受傷日	年　月　日
		初診日	年　月　日
入院歴	年　月　日　～　年　月　日		
手術歴	年　月　日（手術名：　）		

初診から現在までの通院状況・医師からの指示事項など

投薬の有無と、頻度、薬名、期間（年月）

※お預かりした個人情報は、国公共済会の共済事業以外には使用しません。