

治療状況申告書

(兼医療照会同意書)

共済金の請求額が5万円までの場合には、この用紙に被共済者(傷病者)ご自身が必要事項を記入し、病院等の証明書類(入院期間・通院期間が記載されている領収書のコピー)を同封していただくことで「診断書」に代えることができます。

ただし、医療共済のケガ通院見舞金の請求をされる場合には、併せてケガ通院見舞金請求用「不慮の事故報告書兼証明書」の提出が必要です。

国公共済会 御中

申請日 年 月 日

(傷病者) 被共済者	フリガナ			職 業	(専業主婦の場合は主婦と記入)		
	氏 名						
	住 所			組合員との続柄	1.本人	2.配偶者	3.子供
生年月日	年 月 日 (歳)			性 別	男 ・ 女		
傷 病 名	※手術名ではなく病名を記入してください。			手術名 ※日帰り手術 見舞金請求 時に記入	(手術日)		
					①	20 年 月 日	
					②	20 年 月 日	
			③	20 年 月 日			
発 病 日 または受傷日	20 年 月 日 (午前・午後 時頃)						
初 診 日	20 年 月 日 ※初診日は必ずご記入ください						
前医または紹介医	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	医療機関名	医師名				
		所在地	(初診日: 年 月 日頃)				
受 傷 原 因	ケガ治療の場合は、この欄に受傷原因を具体的に記載してください。 (例) ×: 転倒をした ○: 家を出たところ、濡れた路面ですべて転倒した						
入 院 期 間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (治癒・継続・中止・転院)						
	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (治癒・継続・中止・転院)						
通 院 期 間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (治癒・継続・中止・転院) 通院期間のうち実通院日数 (日)						
自宅安静期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (日) 自宅安静期間とは、医師の指示による安静加療期間です (出勤簿の写しを添付してください)						
病 院 名							
主 治 医	科		先生		電 話 番 号		

上記のとおり治療したことを申告します。

なお、本件について貴会が必要とする事項を病院等へ調査照会(画像の提供含む)することを承諾します。

20 年 月 日

印

被共済者
(傷病者)