

国公共済会 御中

FAX 03-3580-2885/E-mail info@k-kyosai.jp/〒105-0003 港区西新橋 1-17-14-4F

## 健 康 告 知 相 談 書

<b>所属組合</b>		<b>加入者番号 (既加入者)</b>	
<b>組合員氏名</b>		<b>回答連絡先</b>	
		TEL・FAX・郵送	
<b>健康告知相談 対象者氏名</b>		<b>生年月日</b>	昭・平 年 月 日生
<b>あてはまる方に○をつけてください</b>		<b>新規加入希望 ・ 増口希望</b>	
<b>病名</b>		<b>発病・受傷日</b>	昭・平 年 月 日
		<b>初診日</b>	昭・平 年 月 日
<b>入院・手術歴</b>	昭・平 年 月 日 ～ 昭・平 年 月 日 入院		
	昭・平 年 月 日 手術 手術名		
<b>初診から現在の通院状況・医師からの指示事項など</b>			
<b>投薬の有無と、頻度、薬名、期間(年月)</b>			

- ※ 記載内容に漏れがあると回答できません。
- ※ 上記に記載していただいた内容をもとに国公共済会顧問医師とも相談の上、新規加入・増口について判断しご連絡いたします。提出いただいてから判断まで1～2週間ほどかかることがありますので、あらかじめご了承ください。
- ※ 健康診断(人間ドック)の結果表を添付して下さい。