

- 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	回答連絡先				
	TEL		FAX		
組合員氏名					
日中連絡先					
健康告知相談対象者氏名	メール				
	郵送	(〒 -)			
生年月日	年 月 日	あてはまる方に○をつけてください			
加入者番号 (既加入者のみ)					
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)		