

シニア共済 通院申告書

コピー可

- ご自分で記入し、証拠書類として領収書のコピーを添付してください。
- 破棄されることを了承のうえ領収書原本を添付する方は、☐にチェックを入れてください。☐

氏 名		生年月日		年 月 日 (歳)		性 別	☐ 男 ☐ 女
傷病名	①	医療機関名		発病日または初診日		年 月 日	
	②				年 月 日		
	③				年 月 日		
	④				年 月 日		
	⑤				年 月 日		
	⑥				年 月 日		

↑ケガの場合は、傷病名欄にケガの原因をご記入ください。(例：自転車で転んだ)

通 院 治 療		●実通院日数合計 () 日 ●請求する期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日まで																															
※上記傷病名①～⑥の実通院日に ○ 印 を付けてください(古い日付順)																																	合計
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																

↑ 欄が足りなければコピーしてお使いください。

上記の通り、医師の治療を受けたことを申告します。
また、この件について国公共済会が医療機関へ照会することを承認します。

申請日 20 年 月 日 電 話 ()

住 所 〒

氏 名 印

※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。