

治療申告書 兼 同意書（組合証明書）

共済金の請求額が5万円までの場合は、本紙に共済契約者が必要事項を記入し、所属する組合の代表者の証明をもって診断書にかえることができます。病院等の証明書類（入院期間・通院日が記載されている領収書 ※コピー可）もあわせて提出してください。

また、5万円を超える請求で、国公共済会所定の形式以外の診断書を提出するときにも、本紙の添付が必要です。

記入日 年 月 日 記載内容について、国公共済会が病院等へ照会することに同意します。

加入者番号									組合員署名 (契約者)	印
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------	---

対象者	フリガナ					職 業		
	氏 名					組合員との続柄	1. 本人	2. 配偶者
	住 所						3. 子供	4. その他
生年月日		年 月 日 (歳)		性 別				
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		
発 病 日 または受傷日		20 年 月 日 (午前・午後 時頃)		③		20 年 月 日		
初 診 日		20 年 月 日						
前医または紹介医	☐ 有 ☐ 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治療期間です。(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		

上記のとおり共済事由のあったことを証明します。	労働組合名 (単位共済会)
20 年 月 日	代表者名 印

医療共済の休業加療給付を、連続5日以上以上の条件で請求する場合は、下欄の内容を確認の上、代表者の証明をお願いします。

上記の対象者が有給の病気休暇制度*のない契約者本人（退職者を除く）であることを証明します。	代表者名 印
---	--------

※正規職員と非常勤職員等のその他の職員で病気休暇制度に差がある場合は、その他の職員は「有給の病気休暇制度なし」とみなします。