

シニア共済専用

入院申告書

兼医療照会同意書

入院日数が連続10日までの場合は、この用紙に被共済者（傷病者）ご自身が必要事項を記入し、病院の証明書類（入院期間が記載されている領収書の写し）を添付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、給付審査において必要と判断した場合には、国公共済会所定の診断書を提出していただきます。

国公共済会 御中

申請日 年 月 日

証書番号			-								
被共済者（傷病者）	性別	生年月日	共済契約者との続柄								
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男	年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人								
氏名	<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 配偶者								
傷病名	※入院の原因となった傷病名を記載		初診日	※必ず記入してください							
			発病日または受傷日	年 月 日							
前医または紹介医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合は下に記入してください										
医療機関名：	初診日：		年 月 日								
入院期間 ①	20	年	月	日	～	20	年	月	日	(治療・継続・中止・転院)	
病院名	電話番号										
主治医	科		先生								
入院期間 ②	20	年	月	日	～	20	年	月	日	(治療・継続・中止・転院)	
病院名	電話番号										
主治医	科		先生								
入院期間 ③	20	年	月	日	～	20	年	月	日	(治療・継続・中止・転院)	
病院名	電話番号										
主治医	科		先生								

上記のとおり入院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

被共済者（傷病者） 印

※ 被共済者（傷病者）自身が記入できない場合は、関係者の方が下記に記入・捺印ください。

代理記入者 印

被共済者（傷病者）との続柄 ()

※ 傷病毎に1枚ご記入ください。

※ お預かりした個人情報、国公共済会の共済事業以外には使用しません。

『入院申告書 兼 医療照会同意書』について【必ず、お読みください。】

1. 入院が連続11日以上の場合は、診断書または退院証明書が必要です(いずれもコピー可)。
2. 給付審査の結果、診断書を提出していただく場合があります。
3. 入院領収書(入院日と退院日が記載されたもの)または診療明細書の写しをご提出ください。
4. この申告書兼同意書は、被共済者ご自身で記載するもので、医療機関で記載してもらったものではありません。
5. 被共済者ご自身で記入ができない場合は、ご家族等関係者が代筆してください。