

入・通院状況申告書

入・通院共済金請求額が10万円以下の場合、この申告書をご提出頂くことにより診断書の提出に替えることができます。

全国商工会連合会 御中

被共済者	氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	(西暦) 年 月 日 (歳)
発生日時	20 年 月 日 時頃				
おけがの部位					
おけがの状態					
治療内容					
ギプス等の 固定具使用 の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	固定具を常時装着（※1）した期間	固定具の種類（※2）		固定の範囲 (例 左足甲から左足首の上まで)	
	20 年 月 日から 20 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> 副子・副木・シーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ <input type="checkbox"/> その他 ()			
	20 年 月 日から 20 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> 副子・副木・シーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ <input type="checkbox"/> その他 ()			
※1 固定具の常時装着がギプス等期間認定の前提。「入浴中のみ取り外す」等の状態は常時装着に含む。 ※2 ◎ギプス：受傷部の周囲360度を覆い固定する硬質（多くは石膏）の器具 ◎副子・副木・シーネ：受傷部の一侧に当て、包帯等で巻いて固定する器具 ◎ギプスシャーレ：ギプス固定の後、ギプスの一部をカットして副子として使用するもの					
入院治療	20 年 月 日から 20 年 月 日まで	日間	記入いただいた治療状況（入通院状況）について本会より医療機関などへ確認させていただく場合がございます。		
通院治療	20 年 月 日から 20 年 月 日まで	日間	実際に通院治療を受けた日に○印をつけて下さい		
支障期間の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	平常の業務または平常の生活（更衣・入浴・家事・書字等）に支障があった期間 20 年 月 日～20 年 月 日 具体的支障内容【 】	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	計 日	
		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	計 日	
		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	計 日	
		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	計 日	
医療機関の領収証（コピー可）をご提出下さい。		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	計 日	
医療機関名 _____		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	計 日	
所在地 _____		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	計 日	
TEL _____		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	計 日	
診察券番号 _____		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	計 日	
20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続		担当医師名 _____ <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> その他			

上記事実と相違ないことを確認致します。

20 年 月 日

被共済者

住所

氏名

