



# 治療状況申告書兼同意書

(交通・傷害事故のみ)

全日本教職員共済連合会 御中

共済契約者 本人氏名																
受傷者氏名		本人と の関係		年齢	歳	性別	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女								
ケガの部位	頭部・顔面・首・腕・手・腰・足・その他( )															
ケガの状態	打撲・捻挫・骨折・切り傷・擦り傷・脱臼・やけど・他( )															
受傷日	年	月	日	実通院治療日(印をつけて下さい)										計		
通院期間	年	月	日	より まで	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	日
						11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
実通院日数				日間	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	日
						11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
入院期間	年	月	日	より まで	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	日
						11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
入院日数				日間	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	日
						11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
複数の医療機関にかかられた場合は右欄に等 区別をして印をつけて下さい。下欄もご記入下さい。					月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	日
診察券 No.					月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	日
						11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
病院名					月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	日
						11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
病院住所	〒 都道府県 市区郡 TEL ( ) -															

この申告書には、診察券のコピー又は薬袋を添付して下さい。  
 この申告書は、交通・傷害事故の場合に使用して下さい。  
 交通・傷害事故による通院給付金が5万円以内で、入院が9日以内の場合は、この申告書をもって診断書にかえることができます。ただし、9日以内の入院の場合は、入院期間の記載された領収書を添付して下さい。

## 同意書

主治医 殿

患者住所

患者氏名

生年月日 年 月 日

全教共済または同団体が委嘱する者(日本興亜損害保険会社を含む)が、給付審査の必要上、上記患者の症状、治療内容、病歴等について照会し、必要により、治療・検査記録・診断書等を受領することに同意します。なお、本書のコピーも本書と同等の効力があるものと認めます。

申告(同意)年月日	年	月	日	患者との続柄	本人・配偶者・他( )
申告者(同意)住所					
申告者(同意)氏名	印				

注意： 印は、患者自身が必ずご記入下さい。また、患者が未成年の場合は、契約者本人がご記入下さい。