

# 治療状況申告書 兼 同意書 (ケガによる入院・通院用)

【2015年8月以降のケガ】

- ◆ ①通院のみ4日までの場合、②(入院・通院型で)入院・通院をあわせて4日以内の場合、③通院がなく入院のみ29日以内の場合、この申告書兼同意書に、入院・通院日の記載された領収書または診療明細書の写しを添付してください。
- ◆ 上記①、②、③を超える日数の場合は医師の診断書が必要です。整骨院・接骨院の通院がある場合は、診断書に加え整骨院・接骨院の施術証明書も必要です。

【2015年7月以前のケガ】

- ◆ 通院の給付金が10万円以内、かつ入院が29日以内の場合にこの用紙を使用します。入院・通院日の記載された領収書または診察券の写しを添付してください。
- ◆ 通院の給付金が10万円を超える場合、30日以上入院の場合は、医師の診断書が必要です。整骨院・接骨院の通院の給付金が10万円を超える場合は、医師の診断書と整骨院・接骨院の施術証明書の両方が必要です。

契約者 本人氏名																																					
受傷者氏名	契約者 本人との 続柄	年齢	歳	性別	男	女																															
傷病名 (ケガの状態)	実通院日 (複数の医療機関にかかれた場合は○△等、区別をして印をつけてください)										計																										
受傷部位	頭部	顔面	歯牙	頸部	胴体	上肢	下肢																														
事故日	年	月	日	年	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	日	
通院期間	年	月	日	より	年	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	日
実通院日数	日間			年	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	日	
入院期間	年	月	日	より	年	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	日
入院日数	日間			年	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	日	
診察券 No.				年	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	日	
医療機関名				年	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	日	
医療機関住所	〒	—	都道府県	市区郡																																	
	TEL (	)	—																																		

## 同意書 (同意書欄は受傷者ご自身が必ずご記入ください)

主治医様

患者住所													
患者氏名	生年月日 年 月 日												

全教共済が、給付審査の必要上、上記受傷者の症状・治療内容・病歴等について照会し、必要により治療記録・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	受傷者との続柄	本人・配偶者・他( )
申告(同意)者住所					
申告(同意)者氏名	印				