

病気の場合…… ① ②

ケガの場合…… ① ② ③ (④)[※]
 をご記入ください

※「5日以上の通院」の場合は④の記入は不要です

1 病気・ケガをされた方の氏名と傷病名をご記入ください

フリガナ		共済契約者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	年齢	
対象者氏名			<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 同居の親族 ()		歳
傷病名		初診日		年	月	日

2 入院をした場合、下記に記入し領収書(もしくは入院日がわかるもの)のコピーを添付してください・

※「手術を伴う入院」または「悪性新生物での入院」または「30日以上入院」については、診断書の提出が必要です。

入院期間	① 年 月 日 ~ 年 月 日	② 年 月 日 ~ 年 月 日
発病(受傷)から初診までの経過をご記入ください		
入院された医療機関名称		
診療科目	科	医師名 医師
所在地	TEL	
前医紹介医	有・無	医療機関名称 所在地 TEL

3 ケガをした場合、下記に記入し領収書(もしくは通院日がわかるもの)のコピーを添付してください

※ケガとは「急激」かつ「偶然」の「外来」の事故による身体の傷害のことです。

事故日	年 月 日	午前・午後	時 分頃
事故の場所	ケガをしたときに何をしていましたか		
ケガの原因と状況をできるだけ詳しくご記入ください			
ケガの部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 顔面部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 胸部・腹部・背部 <input type="checkbox"/> 腰部・臀部 <input type="checkbox"/> 下肢

(書ききれない場合は他の用紙に記入し添付してください)

4 ケガをして「4日以内の通院」の場合、通院日を下記に記入してください

※「5日以上の通院」の場合は、診断書(ケガの場合)の提出が必要です。□

※整骨院・接骨院の通院は通院日数に算定することができますが、病院への通院が伴わない場合は、何日通院しても給付金額は「4日以内の通院」の扱いとなります。

通院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
通院日	月 日 月 日 月 日 月 日
医療機関名称①	所在地 TEL
医療機関名称②	所在地 TEL

(通院した医療機関が3つ以上ある場合は他の用紙に記入し添付してください)