

入院状況申告書 兼 同意書

(医療共済・退教療養共済兼用)

全日本教職員共済連合会 御中

共済契約者 本人氏名		被共済者 との関係	
---------------	--	--------------	--

この入院状況申告書は、入院日数が9日以内のときにご使用下さい。(悪性新生物入院は必ず証明書)
 この入院状況申告書には、入院日・退院日を明記した入院費用の領収書を必ず添付して下さい。
 退教療養共済加入者で10日以上入院がある場合は「入院療養・自宅療養証明書」を提出して下さい。
 医療共済加入者で手術見舞金を申請する場合は、「入院療養証明書」をご提出下さい。

被共済者 氏名		性別	男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	年 月 日
入院の原因となっ た傷病名		初診日		年 月 日	
前医(有・無) 病院名・連絡先 ()	発病(受傷)日及び 発病から初診までの 経過	年 月 頃 (経過)			
入院期間	入院	年 月 日 ~	退院	年 月 日	

入院された病院・診療所または医院

所在地	〒	都道府県	市区郡
電話番号	()	-	
医療機関 名	病院・診療所・医院		
診療科目	科		
医師名	医師		

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。