

申請年月日 20 年 月 日

退教共済 入院療養・自宅療養証明書

共済会番号	職場番号	加入者	個人番号	
共済会名	退職時職場名	フリガナ氏名		(印)

お手数ですが、当共済会の共済金請求に必要ですので、以下の証明をお願いします。 カルテ番号

氏名		(男) (女)	生年月日	年 月 日
疾病・傷病名		診療開始(初診)日		治療の状況
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止	

発病(受傷)から初診までの経過ならびに症状経過等(治療内容等)

① 一般疾病	② 交通・一般傷害	③ 悪性新生物
入院療養・自宅療養期間		実入院・自宅療養日数
入院	自宅療養	年 月 日 ~ 年 月 日
入院	自宅療養	年 月 日 ~ 年 月 日

自宅療養とは、介添がなくとも離床して排尿、排便等を行うことが困難な状態を言います。

前医 または 紹介医	(有)	医師名	医療機関名
	(無)	所在地	電話番号 () -

上記、入院期間以前の6月1日～6月30日までの通院日 ただし、入院期間が6月1日～7月30日までの場合は、 前年の6月1日～6月30日の通院日	(有)	通 院 日															
	(無)	6月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	6月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	

上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地

電話番号 () -

病院名

診療科目

医師名

(印)