

(別紙様式)

入・通院申告書

全日本火災共済協同組合連合会 御中

年 月 日

下記事実と相違ないことを領収証(写)及び
診察券(写)を添え申告いたします。

なお、貴連合会が、本件について医療機関等
への照会(調査)をすることを承諾いたします。

共済契約者又は共済金受取人	
住所	
氏名	(印)
電話	()

被・共被 済用 者者	住所	〒 -								
	ふりがな 氏名		性別	生年月日						
			男・女	大・昭・平 年 月 日						
事 故 状 況	受傷日時	年 月 日	時							
	けがの部位	頭部・顔面・頸部・胸腹部・腕・手指・脚・足指・その他()								
	けがの状態	打撲・捻挫・骨折・脱臼・切り傷・すり傷・その他()								
	受傷場所									
	事故の原因	-----								
治 療 内 容	初診日	年 月 日	医師に言われた 傷病名							
	入院	年 月 日から	年 月 日まで	(日間)						
	通院	年 月 日から	年 月 日まで	内実通院(往診)日数 日間						
	ギプス 固定期間	年 月 日から	年 月 日まで	実通院日に○をつけてください						
		(固定日数 日間)		年	1	2	3	4	5	6
	休職 または 休学期間	年 月 日から	年 月 日まで	月	8	9	10	11	12	13
(日間)		月	15	16	17	18	19	20	21	
経過	年 月 日 現在	年	22	23	24	25	26	27	28	
	治癒・加療中・転医	月	29	30	31					
医療 機 関 名	名称		年	1	2	3	4	5	6	7
	所在地		月	8	9	10	11	12	13	14
	電話	()	年	15	16	17	18	19	20	21
	担当医		月	22	23	24	25	26	27	28
			月	29	30	31				

(注) 1. 本申告書の利用は、手術がなく、共済金請求額が5万円以下かつ診療開始日から90日以内の請求の場合に限ります。

2. 領収証の写しを添付してください。

(2019.3改定)