

入院申告書(傷害用)

支部

共済番号

--	--	--	--	--	--	--

ご記入前に
ご確認ください。

- 申告書は、保険金お支払額が10万円以下の場合に、診断書の代わりとしてご提出いただくものです。
- 申告書の記載内容により、あらためて診断書のご提出をお願いする場合があります。

1 ご請求日

※ご記入日を西暦でお書きください。 20 年 月 日

2 申告者

原則として、おケガをされた方ご本人です。ご本人が未成年者の場合は親権者の方が申告者になります。

氏名	フリガナ	電話番号	(自宅)	()
			(携帯)	(勤務先)

3 被保険者

申告者と同じ場合はご記入は不要です。

おケガをされた方ご本人	
-------------	--

4 医療機関

以下にご記入いただくか、または診察券や領収書のコピー(一枚可)を同封してください。

医療機関名		電話番号	()	利用保険	(健保) (国保) (労災) (自費) (その他) ()
医療機関名		電話番号	()	利用保険	(健保) (国保) (労災) (自費) (その他) ()

5 おケガ・治療の内容

必要に応じて医療機関にご確認のうえ、ご記入ください。

部 位	(頭) (顔) (首) (肩) (胸) (背) (腹) (腰) (腕) (脚) (手指) (足指) (その他) ()				
症 状	(骨折) (脱臼) (捻挫) (切傷) (打撲) (火傷) (腱断裂) (じん帯損傷) (その他) ()				
傷 病 名					
入院治療	年 月 日 ~ 年 月 日				
手 術	(なし) (あり) →	※正式な手術名をご記入ください 手術名	手術日	年	月 日
後遺障害 残存見込み	(なし) (あり) (不明) →	内容 ※あり・不明の場合、内容をご記入ください			