

(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

平成 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	住所	〒 -									
	ふりがな 氏名	-----			性別	生年月日					
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		実通院日に○をつけてください							
		年 月 日まで (固定日数 日間)		年	1	2	3	4	5	6	7
経過	休職 または 休学期間	年 月 日から		年	8	9	10	11	12	13	14
	経過	年 月 日まで		月	15	16	17	18	19	20	21
		(日間)		22	23	24	25	26	27	28	
	経過	年 月 日 現在		年	29	30	31				
医療 機関 名	名称										
	所在地										
	電話	()									
	担当医										

(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。

(2014.10作成)