

入通院申告兼同意書

鹿児島県火災共済協同組合 御中

令和 年 月 日

下記事実に相違ないことを領収証（写し）並びに診察券（写し）を添え申告致します。
なお、貴組合が本件について病院・保険会社などへの照会（調査）をすることを承諾致します。

共済契約者 または 共済金受取人	
住所	
法人名	
個人名	
	印

傷病者	住所		性別	生 年 月 日							
	氏名	Ⓧ	男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生							
受傷年月日	平成・令和 年 月 日 受傷		利用した 保 険	健保・国保・労災・その他 ()							
事故の原因											
※診断書もしくは診療明細書 提出の際は以下の欄の記入は不要です。											
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 ()										
初診日	年 月 日		医師に言われた 傷 病 名								
入 院	年 月 日 ～ 年 月 日 の 日間 外泊 () 日										
通 院	年 月 日 ～ 年 月 日 の 日間 実通院 () 日										
ギブス(シーネ) 固定期間	平成 年 月 日から		日間	実通院した日を○で囲んでください							
	平成 年 月 日まで			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31							
経 過	年 月 日 現在		月	治癒・加療中・転医							
				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31							
病 院 名	入通院した病院名をすべてご記入下さい			月	22 23 24 25 26 27 28 29 30 31						
	①	TEL			月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
	②	TEL		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
	③	TEL									

本申告書は、診療開始日より90日以内の請求の場合に限ります。
共済金請求額が5万円以内に限ります。