



申告者様にご記入・押印ください

ボールペンなど消えない筆記具にてご記入ください

全国労働者共済生活協同組合連合会

※下記書類の添付があれば○印を付けてください

- ① 診断書のコピー
- ② 医療機関発行の領収書
- ③ 診療明細書
- ④ その他 ()

全労済 御中

入院・通院 自己申告書

(注1)この書類は医師が記入する診断書ではなく、申告者様にご記入いただくものです。
 (注2)正確にご申告をいただけなかった場合、共済金がお支払いできないことや契約が解除される場合もあります。

記入日 年 月 日

押印をお忘れなく

| | | | |
|---------|------|---|------------------------------|
| 申告者 | フリガナ | <div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 印 </div> | <p>共済金受取人がご申告ください</p> |
| 被共済者お名前 | フリガナ | | |
| | | 生年月日 | |

▼治療状況についてご記入ください

| | | |
|----------|--|---------------|
| 傷病名(診断名) | 受傷日(発病日) | 年 月 日 |
| | 初診日 | 年 月 日 |
| 身体の部位 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 足指 <input type="checkbox"/> その他 → [] | |
| ケガの状態 | <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 筋・腱・靭帯断裂 <input type="checkbox"/> きり傷 <input type="checkbox"/> すり傷 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他 → [] | |
| 入院期間 | ① 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) | 病院名: |
| | ② 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) | 病院名: |
| | ③ 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) | 病院名: |
| 手術名 | 手術日 | ① 年 月 日 |
| | | ② 年 月 日 |
| 放射線治療の名称 | 放射線照射期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 現在の状態 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 転医 → [転医先病院名:] | |

▼通院(病院名と通院日)および固定具使用(医師の指示によるもの)をされた場合にご記入ください

複数の病院で治療を受けられた場合は、1つ目の病院は○印を、2つ目の病院は△印を
 その他にも治療先がございましたら、それぞれ印を区別してご記入をお願いいたします。

| | |
|---------|---------|
| ○印の病院名: | △印の病院名: |
| □印の病院名: | ×印の病院名: |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|
| 例: XX年 6月 | 1 | ② | 3 | 4 | ⑤ | 6 | 7 | 8 | 9 | ⑩ | 11 | 12 | ⑬ | 14 | ⑮ | 16 | ⑰ | 18 | ⑱ | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | ⑳ | 29 | 30 | 31 | 計 | 8日 |
| 年 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 | 計 | 日 |
| 年 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 | 計 | 日 |
| 年 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 | 計 | 日 |
| 年 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 | 計 | 日 |
| 年 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 | 計 | 日 |

| | | |
|----------|----------|--|
| 固定具の取り扱い | 固定具の使用期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| | 固定具の種類 | <input type="checkbox"/> ギブス <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> その他 → [] |

▼今回の傷病に関する前医(紹介医)および既往症(持病)についてご記入ください。「有り」の場合はその詳細もご記入ください。ご記入がない場合は、それぞれの項目について「無し」としてお取り扱いいたします。

| | | | |
|--|-------|-------|-----------|
| 前医(紹介医)の有無 | 病 院 名 | 医 師 名 | 治 療 期 間 |
| <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り → | | | 年 月 ~ 年 月 |
| 既往症(持病)の有無 | 傷 病 名 | 病 院 名 | 治 療 期 間 |
| <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り → | | | 年 月 ~ 年 月 |