8. ー①　自己申告書（事故の記入例）

診断書の一部省略の際に、領収書、診療明細書、退院証明書などと併せてご提出いただく書類です。組合員（共済金受取人）ご自身で記入します。

給17

全国労働者共済生活協同組合連合会　宛

自己申告書

⚠ 診断書を提出されていない医療機関での治療内容をご記入ください。

被共済者 署名▶	フリガナ　ジチ　ジロウ 自治　次郎	記入日	20XX年 7月 8日

1 治療を受けた傷病の詳細

傷病名（病気・ケガの診断名）	①	②	③
	右示指基節骨骨折		

上記傷病の受傷（発症）後初めて医療機関を受診された年・月をご記入ください。　20XX年 6月

現在の状態　（治癒）　中止　治療継続中　入院中➡[病院名:　]　転医

2 入院

	入院開始日（日付は右詰めで記入ください）	退院日（日付は右詰めで記入ください）	医療機関名と電話番号
①	20　年　月　日	～20　年　月　日	－　－
②	20　年　月　日	～20　年　月　日	－　－
③	20　年　月　日	～20　年　月　日	－　－

3 手術

	手術日（日付は右詰めで記入ください）	手術名	医療機関名と電話番号
①	20　年　月　日		－　－
②	20　年　月　日		－　－
③	20　年　月　日		－　－

4 通院

医療機関名と電話番号	医療機関①	医療機関②	医療機関③	医療機関④
	△△市民病院	○×整形外科		
	－　－	－　－	－　－	－　－
通院の記入記号	○でご記入ください	△でご記入ください	□でご記入ください	◇でご記入ください

【記入例】　年月は右詰めでご記入ください

20	22	年	8	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
20	××	年	6	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
20	××	年	7	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
20		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
20		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
20		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
20		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
20		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
20		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

【注意点】通院日に漏れなくしるしを付けてください。（薬や診断書の受取り等、治療を伴わない日は通院日に含みません。）

5 固定具

	使用開始日（日付は右詰めで記入ください）	除去日もしくは現在使用中のいずれかをご記入ください。（日付は右詰めで記入ください）
①	20　年　月　日 ～	20　年　月　日　（現在使用中）
	種類　ギプス　シーネ　硬性装具　支柱付きサポーター　コルセット　その他➡[　]	
②	20　年　月　日 ～	20　年　月　日　（現在使用中）
	種類　ギプス　シーネ　硬性装具　支柱付きサポーター　コルセット　その他➡[　]	

【注意点】（事故の場合のみ、特定の受傷部位・病態の場合）医療機関の証明書類が必要となります。

▼「前医・既往症」がある場合にご記入ください。ご記入がない場合は「なし」としてお取り扱いいたします。

6 前医・既往症

	医療機関名	医療機関所在地（○○市など）	治療期間（年月は右詰めで記入ください）
前医（紹介医）			20　年　月 ～ 20　年　月
	傷病名	医療機関名	治療期間（年月は右詰めで記入ください）
既往症（持病）			20　年　月 ～ 20　年　月