

自己申告書

治療を受けた方 (被共済者)	フリガナ 署名	生年月日	記入日	20	年	月	日
-------------------	------------	------	-----	----	---	---	---

治療を受けた傷病	傷病①	傷病②	傷病③	
	病気・ケガの診断名			
	ケガの状態	骨折または脱臼 打撲、擦過傷、挫傷、または捻挫 筋、腱または靱帯の損傷・断裂 熱傷 挫創、切創または挫減創 欠損・切断 その他		
	ケガの部位	頭部 顔面 眼球 歯牙 頸部 胸部・腹部 背部・腰部・でん部 上肢 下肢 手の指 足の指		
上記の病気・ケガを診断(治療)するために、初めて医療機関を受診した年・月		20 年 月		
現在の状態	治療 中止 治療継続中 入院中 病院名: 転医			

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)	病院名と電話番号
	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		- -

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

通院	病院名と電話番号	病院①	病院②	病院③	病院④
		- -	- -	- -	- -
	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 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】 ①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。)
②自己申告書と合わせて、医療機関ごとの通院開始日と通院終了日の領収書又は診療明細書をご提出ください。
③お手元の領収書等をよくご確認の上ご記入ください。お支払い済みの共済金が対象外のものであった場合、共済金をご返金いただけます。

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 シーン 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 シーン 硬性装具 支柱付きサポーター コルセット その他		

「前医・既往症」が有る場合にご記入ください。ご記入が無い場合は「無し」としてお取り扱いいたします。

前医・既往症	前医 (紹介医)	医療機関名	医療機関所在地(〇〇市など)	治療期間
				20 年 月 ~ 20 年 月
	既往症 (持病)	傷病名	医療機関名	治療期間
				20 年 月 ~ 20 年 月