

# 入院状況自己申告書

**【記入上の注意】**

- 必ず請求者ご自身が記入してください。
- 入院状況自己申告書でご請求される場合は、入院期間が客観的に確認できる 医療機関発行の「入院期間が明記された領収書」等のコピーを必ず添えて、提出してください。
- なお、ご提出いただきました書類で入院内容の確認が必要な場合は、治療を受けられた上記の病院又は診療所等に、内容をお伺いすることがありますのでご了承願います。

交運共済 御中

下記の記載事項のとおり事実と相違ありません。万一事実と異なる事実が判明した場合は、給付金が支払われないこと、また、既に支払われていた場合には、給付金を返還することについて了承します。

組合員氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 記入日 20 年 月 日

**入院に関する報告**

被共済者氏名		続柄	生	年	日	昭	平	令	西	年	月	日
			月			和	成	和	暦			
入院の原因となった傷病名		事故日 又は 傷病発生日				※わからない場合は、記入不要です 年 月 日						
上記傷病の 入院期間	初診日 20 年 月 日											
	入院日 20 年 月 日 ~ 退院日 20 年 月 日											
入院先の病院 又は 診療所	所在地	〒 _____										
	病院名又は 診療所名	電話 _____										
	担当 医師名											

※「本人入院見舞金」及び「本人傷病給付」の場合は、下記の確認事項について回答願います。

**退院後の確認事項**

確認事項① 再入院もしくは再入院の予定の有無をご記入ください。

回答①

(A)あり 「あり」と回答された場合は、再入院日もしくは再入院予定日をご記入ください。

(B)なし 入院(予定)日 年 月 日 ~

確認事項② 有職者の方は、職場復帰の状況をご記入ください。

回答②

(A)職場復帰しました 職場復帰日 年 月 日

(B)休職中です 休職期間 年 月 日 ~ 年 月 日

交運共済 処理欄	受付印	担当者印	責任者印	