

J A M 御 中
全 労 済

入院・通院自己申告書（兼医療調査同意書）

下記の内容に相違ありません。なお、貴会が必要と判断した場合には、担当医に対し下記の内容について照会することを承諾致します。
この申告書は、入院期間・病名が確認できない領収書の場合にご使用下さい。

【下記の資料を添付します。】（○をして下さい。）

1. 診断書の写し
2. 病院等の領収書の写し（入院期間や実通院期間、傷病名の記載がないもの）
3. その他（ ）

現在の状態

1. 治療継続中
2. 治療終了（ 年 月 日）
3. 転 医（病院名 ）

申告日 年 月 日

フリガナ 共済契約者 (申告者) 生年月日 西暦 年 月 日	フリガナ 被共済者名 (傷病者名) 生年月日 西暦 年 月 日
---	--

通院・入院または手術した場合にご記入下さい。（通院の場合は、下段の実通院治療日に○印も付けて下さい）

傷病名	受傷日 西暦 年 月 日	初診日 西暦 年 月 日								
身体部位	頭部	顔面	頸部	腰部	胸腹部	上肢	手指	下肢	足指	その他（ ）
ケガの状態	骨折	脱臼	筋・腱・靭帯断裂	打撲	捻挫	切り傷	すり傷	やけど	その他（ ）	
入院期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日 (日間)	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日 (日間)								
手術名	手術日 西暦 年 月 日									

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）した場合にご記入下さい。

固定装具の使用期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
固定装具の名称	ギブス シーネ コルセット その他（ ）

実通院治療日（通院した日に○をして下さい。）

複数の医療機関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します。

○印の医療機関名

病（医）院名
医師名
電話番号

△印の医療機関名

病（医）院名
医師名
電話番号

□印の医療機関名

病（医）院名
医師名
電話番号

×印の医療機関名

病（医）院名
医師名
電話番号

例6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日

※ 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。

今回の傷病に関する前医・紹介医があればご記入下さい。

前医の有無	病（医）院名	医師名	治療期間
有・無			西暦 年 月頃 ~ 西暦 年 月頃まで

被共済者に既往症がある場合はご記入下さい。

既往症の有無	病（医）院名	医師名	治療期間
有・無			西暦 年 月頃 ~ 西暦 年 月頃まで

● このページは提出書類としてもご利用いただけます。コピーをしてご使用下さい