

病気・症状に関するご照会（ご回答）

※ ご自身で漏れなくご記入願います。

記入日 令和 年 月 日

加入検討共済 生命共済（標準型）・生命共済（緩和型）

加入者名 _____ 殿 男・女 _____ 才

身長 _____ cm 体重 _____ kg

病名・症状名（合併症を含む）

病気・症状発症時期（ケガの場合は事故日） _____ 年 月 日

就業の可否 可・否 否の場合の期間 _____ 年 月 日から

_____ 年 月 日まで

入院の有無 有・無 有の場合入院期間 _____ 年 月 日から

_____ 年 月 日まで

手術の有無 有・無 有の場合手術名 _____

通院・服薬の有無 有・無 有の場合の期間 _____ 年 月 日から

_____ 年 月 日まで

有の場合 薬剤名(_____)

現在の服薬の有無 有・無 有の場合 薬剤名(_____)

病気・症状の原因、具体的な症状、治療方法（食事療法、運動療法等含む）

…現在の状況も合わせてできるだけ具体的（高血圧症の方は、高血圧症の原因となる疾病の有無（「二次性高血圧症」と診断されている）を含み医療機関にての直近血圧計測データ必須）に詳しくご記入下さい…

UAゼンセン使用欄 _____ 年 月 日 担当 _____



こくみん共済 coop 使用欄 引受) 可・否・他(以下参照)