

給付金請求額が30万円超の場合や所定手術を行った場合については、別途、「診断書(所定様式あり)」のご提出をお願いします。

傷害・賠償共済 入・通院状況報告書

		記入日 (請求日)		年 月 日																
①負傷者	ふりがな	←氏名に「ふりがな」をお忘れなく																		
	氏名	印	年齢	歳	性別	男性 女性														
②負傷日	年 月 日	時間	※24時間で記載ください (例:午後5時の場合は17時00分)			時 分頃														
③負傷部位 負傷様	【傷病名: _____】																			
④著しい支障 期間の有無 *該当に○印 有() 無()	◆平常の業務または平常の生活(更衣・入浴・家事・書字等)に著しい支障があった期間 年 月 日 ~ 年 月 日																			
	◆具体的支障内容を記入して下さい。																			
⑤ギプス等の 固定具 使用の有無 *該当に○印 有() 無()	◆医師の指示により固定具を常時装着されましたでしょうか? (「入浴時のみ取り外す」等は常時装着に含めます) (はい ・ いいえ) ※「はい」の場合は、下記もご回答ください。																			
	(固定具の名称)	着脱可・不可どちらかに○	使用期間																	
	(名称)	着脱可・不可	年 月 日	~	年 月 日															
	上記で手首または足首を含む固定はございましたでしょうか? (はい ・ いいえ)																			
⑥入院日数	年 月 日から	日間	⑦利用保険			健保・国保・共済・船員・労災・ 自賠・老人・自費・その他()														
	年 月 日まで																			
⑧通院日数	年 月 日から	日間	実際に通院治療を受けた日に○印をつけて下さい。																	
⑨職業付添者 雇入期間	入院中職業付添者を雇った場合は、その雇入れ期間をご記入下さい。																			
	年 月 日	~	年 月 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
⑩手術名 及び 実施日	(注) 今回のお怪我で実際に手術をした場合、その正式手術名と記号番号を担当医師から書いてお書き下さい。																			
	年 月 日	実施日	月 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
⑪休業期間 休学期間	年 月 日から	日間	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			計
	年 月 日まで		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		計
※ 別途、領収書(レ)を添付してください。			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			計
医療機関名																				
所在地	年 月 日 治ゆ・治ゆ見込・転医・中止																			
TEL	()																			
診察券番号	担当医師名 (外科・整形外科・脳外科・その他)																			

*2ヶ所以上に入院・通院した場合は、どちらの医療機関にいつ入院・通院したかわかるようにご記入ください。