

※請求者または被共済者ご自身でご記入ください。

本請求の内容は、事実と相違ありません。

※診断書を提出されていない医療機関での治療内容をご記入ください。
※黒のボールペンをご使用ください。(鉛筆・フリクションペンは不可)
※□のいずれかに該当するものに☑をしてください。

		記入日：20 年 月 日
被共済者 (補償対象となる方)	フリガナ	
	氏名	

傷病名 (病気の診断名)	① 左 右 ② 両側					
発症日	20 年 月 日	③ 午前 ④ 午後	時 分頃	・ ⑤ 不明	初診日 20 年 月 日	
治療内容 治療経過						
治療期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 最終通院日時点の状況 : <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 現在加療中 (経過観察含む) <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医					
手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	① 正式手術名	⑥ 左 右 ⑦ 両側	手術日	20 年 月 日	診療報酬点数表の手術コード (医療機関へ確認できる場合にご記入ください)	コードNo. ⑧ K ⑨ J
	② 正式手術名	⑥ 左 右 ⑦ 両側	手術日	20 年 月 日	診療報酬点数表の手術コード (医療機関へ確認できる場合にご記入ください)	コードNo. ⑧ K ⑨ J
	③ 正式手術名	⑥ 左 右 ⑦ 両側	手術日	20 年 月 日	診療報酬点数表の手術コード (医療機関へ確認できる場合にご記入ください)	コードNo. ⑧ K ⑨ J
入院期間	⑩ 入院された時間帯を○で囲んでください(記入がない場合は不明とします)					
	① 20 年 月 日	③ 午前 ④ 午後	~	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 入院中	
	② 20 年 月 日	③ 午前 ④ 午後	~	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 入院中	
③ 20 年 月 日	③ 午前 ④ 午後	~	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 入院中		

今回の傷病に関する前医・紹介医、既往歴が有る場合にご記入ください。ご記入がない場合はそれぞれの項目について「無し」として取扱いいたします。			
前医の有無	医療機関名	所在地	
⑪ 無 ⑫ 有			
治療期間	初診日	年 月 日 ~	年 月 日
		転帰 :	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 現在加療中 (経過観察含む) <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医
既往症(持病)	傷病名	医療機関名	治療期間
⑪ 無 ⑫ 有			年 月 日頃 ~ 年 月 日頃

重要 ご提出前に必ずお読みください。
・手術、入院給付金を請求する場合は、手術名および入院期間が記載された領収書・診療明細書(A4片面コピー)を添付してください。
・添付いただく領収書・診療明細書等に健康保険等の保険者番号および被保険者記号・番号の記載がある場合は、記号・番号が読み取れないようにマスキング(復元できないように黒く塗りつぶし)してください。
・この診療状況申告書は診断書を省略する場合に、医師の診断書に代えるものです。請求内容によっては、けんこう共済所定の診断書のご提出をお願いする場合がございます。

〈記入例〉

- ・“病気”の場合のみご使用ください。ケガでのご請求は、“ケガ用”の診療状況申告書をご使用ください。
- ・黒のボールペンをご使用ください。(鉛筆・フリクションペンは不可)
- ・ご記入内容を訂正する場合は、二重線を引き、お書き直してください。

① 基本契約者ではなく、補償の対象となる方(被共済者)の氏名をご記入ください。

② 医師に診断された正式な傷病名を必ずご記入ください。ご不明な場合は医療機関へご確認ください。

③ 不明の場合、自覚症状の発症日時、または初診日をご記入ください。

④ 今回の入院・手術等をされた医療機関での初診日をご記入ください。

⑤ 医療機関発行の診療明細書に記載された手術名をご記入ください。

⑥ 手術、入院給付金を請求する場合は、領収書および診療明細書(A4片面コピー)を添付してください。

⑦ 医療機関へ確認できる場合にご記入ください。

⑧ 4回目以降の入院がある場合は、余白または別紙にご記入ください。

⑨ 今回のご病気に関する前医でのご治療期間をご記入ください。

⑩ 今までに罹患したことのあるご病気についてご記入ください。

電機連合福祉共済センター宛 東京海上日動火災保険(株)宛		電機連合けんこう共済 診療状況申告書		病気用 ⑥
本請求の内容は、事実と相違ありません。 ※診断書を提出されていない医療機関での治療内容をご記入ください。 ※黒のボールペンをご使用ください。(鉛筆・フリクションペンは不可) ※□のいずれかに該当するものに☑をしてください。				記入日: 20××年 9月 15日 フリガナ: デンキ / リコ 氏名: 電機紀子
② 傷病名 (病気の診断名)	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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿			
③ 発症日	20××年 1月 1日 ④ 10時 ⑤ 分頃・⑥ 不明		⑦ 初診日	20××年 8月 1日
治療内容 治療経過	大腸の内視鏡検査、手術にて切除			
治療期間	20××年 8月 1日 ~ 20××年 8月 15日 最終通院日時点の状況: □治癒 ☑現在加療中(経過観察含む) □中止 □転医			
⑤ 手術 □無 ☑有	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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
⑧ 入院期間	① 20××年 8月 10日 ④ 午前 ⑤ 午後 ~ 20××年 8月 11日 ☑退院 □転院 □入院中 ② 20 年 月 日 ④ 午前 ⑤ 午後 ~ 20 年 月 日 □退院 □転院 □入院中 ③ 20 年 月 日 ④ 午前 ⑤ 午後 ~ 20 年 月 日 □退院 □転院 □入院中			
今回の傷病に関する前医・紹介医、既往歴が有る場合にご記入ください。ご記入がない場合はそれぞれの項目について「無し」として取扱いいたします。				
前医の有無	医療機関名	所在地		
⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		
治療期間	初診日	20××年 6月 1日 ~ 20××年 7月 31日 転帰: □治癒 □現在加療中(経過観察含む) □中止 ☑転医		
既往症(持病)	傷病名	医療機関名	治療期間	
⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	
【重要】ご提出前に必ずお読みください。 ・手術、入院給付金を請求する場合は、手術名および入院期間が記載された領収書・診療明細書(A4片面コピー)を添付してください。 ・添付いただく領収書・診療明細書等に健康保険等の保険者番号および被保険者記号・番号の記載がある場合は、記号・番号が読み取れないようにマスキング(復元できないように黒く塗りつぶし)してください。 ・この診療状況申告書は診断書を省略する場合に、医師の診断書に代えるものです。請求内容によっては、けんこう共済所定の診断書のご提出をお願いする場合がございます。				