

※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。

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

傷病名 (ケガの診断名)	左 右 両側	事故日 (受傷日)	20 年 月 日	午前 午後	時 分	
ケガの部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 胸・腹 <input type="checkbox"/> 背・腰 <input type="checkbox"/> 肩・腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手首	<input type="checkbox"/> 手(甲・平) <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 股・太もも <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足首 <input type="checkbox"/> 足(甲・裏) <input type="checkbox"/> 足指 <input type="checkbox"/> 全身				

ケガの状態	<input type="checkbox"/> 切り傷・すり傷 <input type="checkbox"/> 挫傷・打撲 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> じん帯・腱・筋肉の損傷または断裂 <input type="checkbox"/> 切断または欠損 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	---

手術	①正式手術名 左 右 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. K J
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	②正式手術名 左 右 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. K J

入院	① 20 年 月 日 午前 午後 ~ 20 年 月 日	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)	最終通院日時点の状況
	② 20 年 月 日 午前 午後 ~ 20 年 月 日		20 年 月 日 (最終通院日時点) <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 現在加療中(経過観察含む) <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 中止

受診した医療機関名と電話番号	医療機関①	医療機関②	医療機関③	医療機関④
下のカレンダーの記入記号	○印でご記入ください。	×印でご記入ください。	△印でご記入ください。	□印でご記入ください。

通院治療を受けた日に○・×印をしてください。(薬や診断書の受取り等、治療を伴わない日は通院日に含みません。)

20 年 月	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
20 年 月	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
20 年 月	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
20 年 月	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
20 年 月	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
20 年 月	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
20 年 月	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

ギプス等の固定具 使用の有無 (装具・サポーター 等の脱着が容易な ものは含みません)	①	医師等の指示による 固定具装着期間	固定具の種類 固定具の説明は裏面に記載しています。	腕(肩から手首まで)または脚 (足の付け根から足首まで)の 全部または一部の固定有無 ※包帯のみ巻かれている部分を 含まずにお答えください。	胸部または 腹部の 固定有無	頸骨または 顎関節の上下の 固定有無
	②	20 年 月 日から 20 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> ギプスチャーレ <input type="checkbox"/> 副子 <input type="checkbox"/> 創外固定器 <input type="checkbox"/> 三内式シーネ <input type="checkbox"/> PTBキャスト <input type="checkbox"/> PTBブレース <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

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」として取扱いたします。

既往症 (持病)	傷病名	医療機関名	治療期間 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃
-------------	-----	-------	-------------------------

重要 ご提出前に必ずお読みください。
・診療状況申告書にて、通院給付金のみを請求する場合は、領収書・診療明細書の提出は不要ですが、請求内容により、別途提出をお願いすることがございます。領収書および診療明細書は給付金のお支払いが完了するまでお手元に保管ください。
・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〉

- ・“ケガ”の場合のみご使用ください。病気でのご請求は、“病気用”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、お書き直しくください。

- 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。
- ④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。
- ⑤5か所以上の医療機関で治療された場合は、別紙にご記入のうえ添付してください。
- ⑥・治療処置を伴わない薬剤・治療材料の購入、受取りのみの場合は、通院には該当せず、お支払いの対象とはなりません。
・1日に2か所以上の医療機関に通院された場合は1日分としてのお支払いとなります。

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

ケガ用(傷害) ⑦

※請求者または被共済者ご自身でご記入ください。

記入日: 20××年 9月 25日

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。

①	被共済者 (補償対象となる方)	フリガナ デンキ ハナコ	氏名 電機花子																																																																																																																																																																																																
②	傷病名 (ケガの診断名)	足関節骨折	事故日 (受傷日)	20××年 8月 1日 ☑午前 10時 00分 □午後																																																																																																																																																																																															
	ケガの部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 胸・腹 <input type="checkbox"/> 背・腰 <input type="checkbox"/> 肩・腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手首 <input type="checkbox"/> 手(甲・平) <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 股もも <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input checked="" type="checkbox"/> 足首 <input type="checkbox"/> 足(甲・裏) <input type="checkbox"/> 足指 <input type="checkbox"/> 全身																																																																																																																																																																																																	
	ケガの状態	<input type="checkbox"/> 切り傷・すり傷 <input type="checkbox"/> 挫傷・打撲 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> じん帯・腱・筋内の損傷または断裂 <input type="checkbox"/> 切断または欠損 <input type="checkbox"/> その他()																																																																																																																																																																																																	
③	手術	①正式手術名 骨折観血的手術	手術日 20××年 8月 1日	診療報酬点数表の 手術コード 046-2																																																																																																																																																																																															
	□無 ☑有	②正式手術名	手術日	診療報酬点数表の 手術コード																																																																																																																																																																																															
④	入院	① 20××年 8月 1日 (午前/午後) ~ 20××年 8月 3日 ② 20年 月 日 (午前/午後) ~ 20年 月 日																																																																																																																																																																																																	
⑤	受診した医療機関名と電話番号	医療機関① 〇〇整形外科	医療機関② ××クリニック	医療機関③ △△接骨院																																																																																																																																																																																															
	下のカレンダーの記入	〇印でご記入ください。	×印でご記入ください。	△印でご記入ください。																																																																																																																																																																																															
	通院治療を受けた日に○・×印等をしてください。(薬や診断書の受取り等、治療を伴わない日は通院日に含みません。)	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>20××年 8月</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>20年 9月</td><td>⑥</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>20年 月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>20年 月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>20年 月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>20年 月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>			20××年 8月	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	20年 9月	⑥	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	20年 月	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	20年 月	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	20年 月	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	20年 月	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
20××年 8月	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																																																																																																																																																																					
20年 9月	⑥	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																																																																																																																																																																				
20年 月	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																																																																																																																																																																				
20年 月	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																																																																																																																																																																				
20年 月	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																																																																																																																																																																				
20年 月	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																																																																																																																																																																				
⑦	ギプス等の固定具使用の有無	医師等の指示による 固定具装着期間	固定具の種類	腕(肩から手首まで)または脚(足の付け根から足首までの全部または一部の固定有無 ※包帯のみ巻かれている部分を含まずにお答えください。)																																																																																																																																																																																															
	□無 ☑有	① 20××年 8月 2日から 20××年 8月 22日まで	☑ギプス □ギプスシーネ □シーネ □ギプスシャーレ □副子 □創外固定器 □三内式シーネ □PTBキャスト □PTBブレース □その他()	□無 ☑有																																																																																																																																																																																															
	□無 ☑有	② 20××年 8月 22日から 20××年 8月 29日まで	□ギプス ☑ギプスシーネ □シーネ □ギプスシャーレ □副子 □創外固定器 □三内式シーネ □PTBキャスト □PTBブレース □その他()	□無 ☑有																																																																																																																																																																																															
	既往歴(持病)	傷病名	医療機関名	治療期間 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃																																																																																																																																																																																															

【重要】ご提出前に必ずお読みください。

・診療状況申告書にて、通院給付金のみの請求する場合は、領収書・診療明細書の提出は不要ですが、請求内容により、別途提出をお願いすることがございます。領収書および診療明細書は給付金のお支払いが完了するまでお手元に保管ください。

・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。

- ⑦ギプス等の固定具の使用有無について
 - ・「入浴中のみ取り外す」等の状態は常時装着に含みます。
 - ・固定具の種類
 - (1) ギプス: 受傷部の周囲 360度を覆い固定する硬質(もしくは石膏)の器具。
 - (2) ギプスシーネ: ギプス固定の後、ギプスの一部をカットして副子として使用するもの。
 - (3) ギプスシャーレ: ギプス固定の後、ギプスの一部をカットして副子として使用するもの。
 - (4) シーネ(副子・副木): 受傷部の一側に当て、包帯等で巻いて固定する器具。
 - ・固定部位の腕とは、肩から手首までをいい、脚とは足の付け根から足首までをいいます。
 - ・装着された固定具ごとに、装着期間、固定具の種類、固定部位をご記入ください。また3つ以上の固定具を使用していた場合は、別紙にご記入のうえ添付してください。