

# 自己申告書の記入例

- 医療機関からいただいた書類を参考に正確にご記入ください。
- 記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所に二重線を引き、正しい内容をご記入ください。

## 記入例

全国労働者共済生活協同組合連合会 宛

### 自己申告書

▲ 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。

たすけあいの輪をむすぶ

### こくみん共済

全国労働者共済生活協同組合連合会 COOP

被共済者 署名	フリガナ キョウサイ タロウ <b>共済 太郎</b>	生年月日	1958年 1月 1日	記入日	2023年 3月 25日
------------	--------------------------------	------	-------------	-----	--------------

  

<b>1</b>	治療を受けた傷病の詳細	傷病名 (病気・ケガの診断名)	① <b>右大腿骨骨折</b>		②	③
	ケガの状態	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折 または脱臼 <input type="checkbox"/> 打撲、擦過傷、挫傷、または捻挫 <input type="checkbox"/> 筋、腱または靭帯の損傷・断裂 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 挫創、切創または挫滅創 <input type="checkbox"/> 欠損・切断 <input type="checkbox"/> その他 →				
	ケガの部位	頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 眼球 <input type="checkbox"/> 歯牙 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部・腹部 <input type="checkbox"/> 背部・腰部・でん部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 手の指 <input type="checkbox"/> 足の指 <input type="checkbox"/>				
	上記傷病の受傷(発症)後初めて医療機関を受診された年・月をご記入ください。	2023年		3月		
現在の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 入院中 → 病院名: _____ 転医 <input type="checkbox"/>					

  

<b>2</b>	入院	入院開始日 (日付は右詰めで記入ください)	退院日 (日付は右詰めで記入ください)	病院名と電話番号	
		① 2023年 3月 1日 ~ 2023年 3月 15日	〇〇〇病院	123 - 456 - 7890	
		② 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	-	-	
		③ 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	-	-	

  

<b>3</b>	手術	手術日 (日付は右詰めで記入ください)	手術名	病院名と電話番号	
		① 2023年 3月 3日	〇〇〇手術	〇〇〇病院	123 - 456 - 7890
		② 20 年 月 日	-	-	
		③ 20 年 月 日	-	-	

  

病院名と電話番号	病院①	病院②	病院③	病院④
	〇〇〇病院	-	-	-
	123 - 456 - 7890	-	-	-
通院の記入記号	○でご記入ください	△でご記入ください	□でご記入ください	◇でご記入ください

  

**4 通院** 【記入例】 ← 年月は右詰めでご記入ください

20	2	2	年	8	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	2	3	年	3	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			

【注意点】 ①通院日に漏れなくしるしを付けてください。(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。)  
 ②自己申告書と合わせて、医療機関ごとの通院開始日と通院終了日の領収書又は診療明細書をご提出ください。  
 ③お手元の領収書等をよく確認の上ご記入ください。お支払い済みの共済金が対象外のものであった場合、共済金をご返金いただけます。

  

<b>5</b>	固定具	使用開始日 (日付は右詰めで記入ください)	除去日もしくは現在使用中のいずれかをご記入ください。(日付は右詰めで記入ください)	
		① 2023年 3月 3日 ~ 2023年 3月 24日	現在使用中	
		種類 <input checked="" type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> 硬性装具 <input type="checkbox"/> 支柱付きサポーター <input type="checkbox"/> コルセット <input type="checkbox"/> その他 →		
		② 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	現在使用中	
	種類 <input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> 硬性装具 <input type="checkbox"/> 支柱付きサポーター <input type="checkbox"/> コルセット <input type="checkbox"/> その他 →			

  

▼ 「前医・既往症」が有る場合にご記入ください。ご記入が無い場合は「無し」としてお取り扱いいたします。

<b>6</b>	前医・既往症	前医 (紹介医)	医療機関名	医療機関所在地 (〇〇市など)	治療期間 (年月は右詰めで記入ください)
					20 年 月 ~ 20 年 月
		既往症 (持病)	傷病名	医療機関名	治療期間 (年月は右詰めで記入ください)
					20 年 月 ~ 20 年 月

  

Z 0009911