

主治医殿

1. 「就業(就学)不能期間・自宅安静療養期間」の欄は、仕事・学校(保育園・幼稚園等を含む)を休む必要があると診断した期間(入院がある場合その期間も含めて)の記載をお願い申し上げます。また、就業・就学されていない方は、治療上必要な自宅安静療養期間(入院がある場合、その期間も含めて)の記載をお願い申し上げます。
2. 「前医・紹介医」の欄は、前医・紹介医からの診療情報提供書の内容での記載をお願い申し上げます。

被共済者へのお知らせ

別紙「治療状況申告書 兼 同意書」をもって「診断書」にかえることができる共済金請求額は10万円以内です。

※ご注意：「10万円」は共済金請求額です。治療費用の額ではありません。

共済金請求額が10万円以内の場合、別紙「治療状況申告書 兼 同意書」をご自分で記入することによって「診断書」にかえることができます。

★審査の結果、共済金請求額が10万円以内であっても「診断書」の提出をお願いする場合があります。

個人情報保護に関する重要事項

日本医労連共済は、受け付けた「加入申込書」「変更・異動・解約届」「共済金支払請求書」やそれに伴う「診断書」等の証明資料によって知り得た個人情報は、加入者の管理、共済金の給付審査、および共済事業の運営に関わるデータ作成のみに使用し、それ以外の目的で使用する場合は、事前に加入者各人から同意を得て行います。

なお、全労連共済分担金管理部会に対しては給付審査に必要な個人情報を、火災共済の給付請求に対して査定を行っている査定センターに対しては、査定を行うために必要な個人情報を、また、加入者管理を目的としたコンピューターシステムの管理を行っている委託業者、集金代行を目的とした委託業者に対しては、目的業務の遂行上必要最低限の個人情報を提供しています。

診断書

主治医殿 症状・治療内容等について、医労連共済より照会があった場合には、ご説明いただくことに同意しますのでお願いします。

被共済者署名 _____ (未成年者の場合は親権者)

共済金請求額が10万円以内の場合、別紙「治療状況申告書兼同意書」をご自分で記入することによって、診断書にかえることができます。

フリガナ		住所		電話 ()	
氏名					
性別	男・女	生年月日	年 月 日生	年齢	歳 職業
初診日	年 月 日		受傷日または発病日	年 月 日 時 頃	
① 入院・治療の原因となった傷病名			② ①の原因		
⑤ 既往症の (無)・(有) (傷病名) (年 月 日頃から) (病院名)			③ 先天性疾患についての所見: (先天性) (先天性でない) (不明)		
⑥ 発病(受傷)までの経過と初診時の主訴			④ 当該傷病に影響がある既往症の (無)・(有) (傷病名) (治療期間 年 月 日から 年 月 日) (病院名)		
⑦ 他覚的所見・検査所見・治療内容・経過					
入院期間		手	実施日	手術名(診療報酬点数表記載の手術名)	
1.	年 月 日～ 年 月 日	術	年 月 日		
2.	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日		
3.	年 月 日～ 年 月 日		実通院治療日 (○をつけてください) ※通院とは往診を含みます。		
妊娠・分娩	上記入院期間のうち、公的医療保険が適用(入院料が公的医療保険適用)の入院期間		年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計
	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	
	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	
	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	
就業(就学)不能期間・自宅安静療養期間		年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	
※仕事・学校(保育園・幼稚園を含む)を休む必要があると診断した期間(入院がある場合、その期間も含めて)を記入してください。また、就業・就学されていない方は、自宅安静加療が必要と診断した期間を記載してください。		年	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	
1.	年 月 日～ 年 月 日	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	
2.	年 月 日～ 年 月 日	年	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	
3.	年 月 日～ 年 月 日	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	
4.	年 月 日～ 年 月 日	年	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	
⑨ 年 月 日現在		⑧ 前医・紹介医	(有) 病院名		住所
治ゆ / 治ゆ見込 / 軽快 / 継続 / 中止 / 転医 / 死亡 (後遺障害の見込み (有)・(無)・(不詳))			(無) 病院名		
			電話 () -	医師名	初診日 年 月 日
			傷病名		入院期間 (無)・(有) 年 月 日～ 年 月 日
		就業(就学)不能期間・自宅安静療養期間 (無)・(有) 年 月 日～ 年 月 日			

上記の通り診断いたします。 年 月 日

所在地 _____

病院名 _____ 担当科 _____

医師名 _____ 電話 _____

お願い... 該当の項目はすべて記入願います。

訂正の場合、必ず証明印による訂正印を捺印願います。