

※ご自身でご記入いただき、ご提出ください。

提出書類 A-5

全私教共済

入院・手術状況申告書

県番号	930	職場番号		個人番号	
県名		職場名		フリガナ 氏名	

1 給付対象名の氏名と疾病名・初診からの経過をご記入ください

フリガナ		共済契約者 との 続柄	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	
対象者氏名			<input type="checkbox"/> 子		
疾病名		初診日	年	月	日

初診時からの経過をご記入ください。

・受診された医療機関名 [] TEL []

・前医、照会医（あれば） [] TEL []

2 入院された場合、期間を下記に記入し領収書（もしくは入院日がわかるもの）のコピーを添付してください。

※「がん(悪性新生物)での入院」については、所定の「医療共済入院・手術療養証明書」の提出が必要です。

入院期間	①	年	月	日	～	年	月	日	②	年	月	日	～	年	月	日
	③	年	月	日	～	年	月	日	④	年	月	日	～	年	月	日

3 手術を受けられた日と手術名を記入し、診療明細書のコピーを添付してください。

◆診療報酬点数が加算を除いて800点未満の手術は対象外です。

◆材料・機器加算・輸血は対象外です。

	手術日	手術名
①	年 月 日	
②	年 月 日	
③	年 月 日	
④	年 月 日	