

※ご自身でご記入いただき、ご提出ください。

提出書類 A-7

全私教共済

事故状況報告書兼治療状況申告書

(傷害事故のみ)

県番号	930	職場番号		個人番号	
県名		職場名		フリガナ 氏名	

1 ケガをされた方の氏名をご記入ください

フリガナ		本人 との 続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子
対象者氏名			

2 今回受傷されたケガについて、下記に記入してください。

※ケガとは「急激」かつ「偶然」の「外来」の事故による身体の傷害のことです。

事故日	年 月 日	午前・午後	時 分頃	<input type="checkbox"/> ①交通事故 <input type="checkbox"/> ②交通事故以外
事故の場所		傷病名		
ケガの原因・受傷状況できるだけ詳しくご記入ください。				
ケガされた部位に○を付けてください ※左右がある場合は、() 内にご記載ください 頭・顔面・頸部・胸部・腹部・背部・腰部・臀部・腕部()・脚部()・手指()・足指() (書ききれない場合は他の用紙に記入し添付してください)				

3 入院された場合、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。

入院期間	① 年 月 日 ~ 年 月 日	② 年 月 日 ~ 年 月 日
------	-----------------	-----------------

4 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	

5 ケガの治療のための通院の場合は、通院日に○を記入し、領収書等(コピー)を添付してください。

通院治療期間(うち治療日数 日)			
年 月 日 ~ 年 月 日			
実通院治療日(○をつけてください)			
年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計	年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計
月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計	年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計
月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計	年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計
月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日