2015年8月1日からの給付事由発生時に使用

交通・傷害事故給付申請用

診　断　書

（ケガの場合）

むちうち症・腰痛の場合、他覚症状の有無を詳細にご記入下さい。

全国私立学校教職員組合連合共済

傷病者	住所		カルテNo.	
	氏名	男　女	年　月　日生	

傷病名および受傷部位・態様

初診日	年　月　日	発病日または受傷日	年　月　日

発病または受傷の原因（傷病者申告の内容を詳細にご記入下さい。）

初診から現在までの主要症状並びに治療内容

当該傷病の治療歴
（有の場合　病院名:　　）
（治療期間　　年　月　日～　　年　月　日）

既往症
（有の場合　傷病名:　　）

むち打ち症・腰痛の場合の他覚症状（レントゲン・脳波・筋電図など器質的変化）の有無、検査結果
※必ずご記入下さい。
X　線　異常　有　無　（　　）
その他　異常　有　無　（　　）

入院治療期間
年　月　日～　　年　月　日

通院治療期間（うち治療日数　　日）
年　月　日～　　年　月　日

自宅療養期間（傷害による就業不能または、登校不能、家事労働不能－交通事故のみ）
年　月　日～　　年　月　日

治療の状況
年　月　日　治癒　継続　中止　転医

手術診療報酬点数800点以上の場合は記入ください。

手術見舞金　①検査・処置は含みません。②枝番・項番までご記入ください。③診療報酬点数に加算点数は含めず表記してください。

今回の傷病に関して実施した	K・歯科J	コード番号－（枝番）項番	診療報酬点数	手術名	実施年月日
Kコード	K・J	－（　）	点		年　月　日
Jコード	K・J	－（　）	点		年　月　日
診療報酬点数	K・J	－（　）	点		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
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

（お願い）訂正の場合、必ず証明者による訂正印をお願いします。

上記のとおり証明します。　　年　月　日

所在地
電話番号
病院名
診療科目
医師名

印

※給付申請書類は全国私教連のホームページ〔http://www.zenkyo.biz/shikyoren/〕から印刷することもできます。