

## 医療共済・入院状況報告書

県番号	9 3	職場番号		個人番号	
県名	職場名		フリガナ氏名 <span style="float: right;">印</span>		

下記記載事項は、事実と相違ありません。後日に至り万一事実と異なることが判明した場合には、給付金を返還します。

被共済者名		男・女	生 月 日	年 月 日
入院の原因となった傷病名		初診日		年 月 日
入院期間	入院 年 月 日		～	退院 年 月 日
入院の病院・診療所または医院				
所在地	都道府県	市区郡	区町村	番地
電話番号	—	—		
名称	.....		病院	診療所
診療科目	..... 科			
医師名	..... 医師			

【注記】 この入院状況報告書は、次の条件を満たす場合に、入院療養証明書に代えて使用するものです。

1. 入院日数が9日以内。
2. 入院日・退院日を明記した入院費用の領収書（コピー）の添付。  
※人間ドック等の検査入院は対象となりません。
3. 悪性新生物、手術見舞金の申請をおこなう場合は入院日数にかかわらず、この報告書ではなく所定の入院療養証明書が必要です。

この申請書に記載された個人情報（契約の維持・管理・履行のために使用するほか、全私教共済の取り扱う共済（総合共済、火災共済、自動車保険等）の各種サービスのために利用します。