

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

・医師に記入してもらって下さい

後遺障害診断書

患者 (被共済者)	住所	〒112-0012 東京都文京区大塚3-3-3			
	氏名	杉浦 四郎	男・女	×××× 年 × 月 × 日生	
受傷の日時	×××× 年 × 月 × 日 △ 曜日 午前 2 時頃 午後				
傷病名・治療および後遺症の状況 ・傷病 節の機能障害 ・治療および後遺症の状 右肘関節に障害があることが判明した。骨折部分についてはギプスで幹部を固定し、経過観察で12日通院し、完治となった。右肘については、力が入らなく、神経麻痺が見られることから、リハビリとマッサージの治療を施行するも、12/1に症状の回復が見られないということで後遺障害が確定した。					
・共済約款の「後遺障害共済金支払区分表」より「等級、号」を記入してもらって下さい					
該当等級	12		級	6 号	
症状固定日	×××× 年 ×× 月 × 日				
初診日	××××年 × 月 × 日 (土曜日)				
通院	自	××××年 × 月 × 日 (△曜日)	43	日間	保険医療総額
	至	××××年 × 月 × 日 (○曜日)			
入院	自	××××年 × 月 × 日 (△曜日)	8	日間	116,230 円
	至	××××年 × 月 × 日 (○曜日)			
上記のとおり診断いたします ××××年 × 月 × 日 住所 〒112-0012 東京都文京区大塚1-2-3 医院名 大塚整形外科病院 医師名 整形 太郎 (印) TEL 03 (1234) 6666					

＜個人情報の取り扱いについて＞

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。

また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。