

後 遺 障 害 診 断 書

患者 (被共済者)	氏 名		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日生
受傷の日時	令和 年 月 日	曜日	午前・午後	時 頃
傷病名、治療および後遺症の状況				
該当等級	級 号			
症状固定日	令和 年 月 日			
初診日	令和 年 月 日 (曜日)			
通院	自 令和 年 月 日 (曜日)	日間	保険医療総額	
	至 令和 年 月 日 (曜日)			
入院	自 令和 年 月 日 (曜日)	日間	円	
	至 令和 年 月 日 (曜日)			
上記のとおり診断いたします。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">住 所 _____</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">病 医 院 名 _____</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">医 師 名 _____ (印)</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">T E L () _____</div>				

<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。