

所属の市区町村等子連に提出願います。

本診断書は治療した医療機関に記入してもらってください。

後 遺 障 害 診 断 書

| | | | | |
|--------------|---------------------|-------|-----|---------------|
| 患者 (被共済者) | 氏 名 | 品川 五郎 | 男・女 | 昭和 平成 |
| | | | 令和 | 25 年 2 月 3 日生 |
| 受傷の日時 | 令和 〇 年 8 月 5 日 土 曜日 | 午前・午後 | 2 | 時頃 |

傷病名、治療および後遺症の状況

傷病名

右肘関節の機能障害

右上腕骨折と右肘の機能に障害があることが判明した。骨折部分については、ギプスで患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みられることから、リハビリとマッサージの治療を施行するも、12/1に症状の回復がみられないことから後遺障害が確定した。

治療内容および後遺障害に至った状況を記入いただきますよう願います。

| | | | | |
|-------|-----------------|---|---|---|
| 該当等級 | 12 | 級 | 6 | 号 |
| 症状固定日 | 令和 〇 年 12 月 1 日 | | | |

| | | | |
|-----|---------------------------|-------|-----------|
| 初診日 | 令和 〇 年 8 月 5 日 (土 曜日) | | |
| 通院 | 自 令和 〇 年 8 月 5 日 (土 曜日) | 25 日間 | 保険医療総額 |
| | 至 令和 〇 年 12 月 1 日 (木 曜日) | | |
| 入院 | 自 令和 〇 年 8 月 5 日 (土 曜日) | 9 日間 | 113,450 円 |
| | 至 令和 〇 年 8 月 13 日 (土 曜日) | | |

上記のとおり診断いたします。

診断書の文書料はご請求者様の負担になります。

令和 5 年 12 月 5 日

該当等級は、共済約款の「後遺障害共済金支払区分表」より「等級、号」を記入いただきますよう願います。

共済約款は公益社団法人全国子ども会連合会のホームページからご確認願います

住 所 子ども県文京市大塚町2-5

病 院 名 大塚整形外科

医 師 名 四谷 浩司 (印)

T E L OXX1 (23) 4545

<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。