

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。

放課後安心プラン 後遺障害診断書

| | | | | | |
|--|--------------------|--------------------|-------|----------------|-----------|
| 患者 (被共済者) | 氏名 | 安全 次郎 | | 昭和 平成 令和 | 〇年〇月〇日生 |
| 受傷の日時 | 令和 〇年 5月 12日 金曜日 | | 午前・午後 | 4 | 時頃 |
| 傷病名、治療および後遺症の状況 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幹部を固定し、経過観察で12日間通院し、完治となった。 右肘については、力がはいらなく、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すも10/2に症状の回復がみられず後遺障害が固定した。 | | | | | |
| 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お願いします。 | | | | | |
| 該当等級 | 12 | | 級 | 6 | 号 |
| 症状固定日 | 令和 | 〇 | 年 | 12 | 月 1 日 |
| 受傷日から181日目の 後遺障害の見込 | | | 級 | 号 | |
| 初診日 | 令和 〇年 5月 12日 (金曜日) | | | | |
| 通院 | 自 | 令和 〇年 5月 12日 (金曜日) | 35 | 日間 | 保険医療総額 |
| | 至 | 令和 〇年 10月 2日 (月曜日) | | | |
| 入院 | 自 | 令和 年 月 日 (曜日) | | 日間 | 116,230 円 |
| | 至 | 令和 年 月 日 (曜日) | | | |
| 上記のとおり診断いたします。 | | | | | |
| 令和 〇年 10月 10日 | | | | | |
| 診断書の文書料はご請求者様の負担になります。 | | | | | |
| 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お願いいたします。 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ください | | | | | |
| 所 | | 〇〇県〇〇市〇〇3丁目3-3 | | | |
| 院名 | | 〇〇整形外科 | | | |
| 師名 | | 整形 太郎 (印) | | | |
| L | | △△△ (△△△) △△△△ | | | |

<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。