

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

医療報告書

氏名	安全 次郎		男・女	生年月日	昭和・平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
受傷発症日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日				
傷病名 通院・入院状況	(1) 左足首の骨折				
	(2)				
	初診日	令和 ○ 年 5 月 1 日		治癒日	令和 ○ 年 6 月 15 日
	通院治療日を下記に○印をお願いします			入院日①	令和 ○ 年 5 月 10 日
	5月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	6日	退院日①	令和 ○ 年 5 月 13 日
	6月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	6日	入院日②	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	退院日②	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	入院日③	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	退院日③	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	合計入院日数 4 日	
合計通院日数		日	手術 あり → なし	手術日 令和○年	
				手術名	
医療点数合計			3560 点		
選定療養費（初診及び時間外診療分）			円	食事療養費	7650 円

医療機関	上記のとおり相違ありません。				
	令和 ○ 年 6 月 30 日				
	医療機関	住 所	○○県○○市○○2丁目2-2		
		病 医 院 名	○○整形外科		
		医 師 名	○○ ○○ 印		
		T E L	○○○ (○○○) ○○○○		

この医療報告書は、保険医療により診察を受けた内容を医療機関にて記入するものです。
公益社団法人全国子ども会連合会 全国子ども会安全共済会の医療共済金請求に使用します。

※保険医療点数が記載された医療費領収書又は診療明細書がある場合は不要です。

<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けの審査、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できます。

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。