

証 明 書

太枠のみ記入可

(大阪府子ども会安全共済会)

傷病者	ふりがな 氏名	おおさか たろう → ふりがなもご記入下さい。 大阪 太郎		<input checked="" type="radio"/> 男・女
	住所	〒000-XXXX 市××町 1-3-5		

傷病名	
-----	--

●傷病・後遺障害の状況、また転院されている経緯なども含めて、詳しくご記入下さい。

1事故につき1枚入手してください。(例外を除き、治癒と判断された医療機関にて)
 複数受診された場合、こちらへ受診日・医療機関名・転院の経緯など必ず記入してもらってください。
 内容が不明な場合、医療機関に問い合わせが必要なため、同意書(様式第8号-2)も併せて提出してください。

●固定具等使用の場合は必ずご記入下さい。

(固定具名)	(使用期間)	(患者による着脱)
.....年.....月.....日～.....年.....月.....日可・不可.....
.....年.....月.....日～.....年.....月.....日可・不可.....

初診年.....月.....日	※治癒日 年.....月.....日
通院年.....月.....日～.....年.....月.....日 通院実日数(.....日間)	
入院年.....月.....日～.....年.....月.....日 (.....日間)	

上記のとおり証明します。

.....年.....月.....日

医療機関所在地及び名称

氏名

⑨

※治癒日は必ず記入して下さい。(「〇月ごろ、初め、下旬、末」などは不可です。)

また、事故日から完治日まで71日以上を要し、現時点では日付を確定できない場合は、「〇月〇日現在も治療中」とご記入ください。注) 共済金額算出等の為、医療機関に詳細を問い合わせる場合があります。

<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、一般財団法人大阪府子ども会育成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、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。

(お願い) この証明書は必ず担当医師が記入して下さい。太枠内のみ、子ども会関係者、ご本人が記入しても構いません。太枠の他に担当医師以外の方が記入・訂正・加筆され場合には、申請は無効といたします。

