

証 明 書

(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。		男・女
	住所	〒000-xxxx 00市xx町1-3-5		生年月日 / S. H. 00年0月00日生 Tel 00-(xxxx)-0000
傷病名				
<p>●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。</p> <p>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。</p>				
<p>●固定具等使用の場合は必ずご記入下さい。</p> <p>(固定具名) (使用期間) (患者による着脱)</p> <p>.....年 月 日～ 年 月 日 可・不可.....</p> <p>.....年 月 日～ 年 月 日 可・不可.....</p>				
初診	年 月 日		※治癒日	
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)		年 月 日	

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

印

※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>