

事故連絡票(病気)

該当する項目に☑、または必要事項にご記入をお願いします。

団体名	滋賀県市町村職員共済組合
-----	--------------

加入者本人	現住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都道 府県	
	フリガナ	日中連絡先TEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	氏名	自宅TEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	加入者生年月日 S・H 年 月 日	勤務先TEL	- -

被保険者(補償対象者)	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名		<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 令和		

被保険者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	←所属所コードから始まる8ケタの番号
--------	--	--------------------

請求者	被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 法定相続人 <input type="checkbox"/> その他()
-----	--

請求事由	<input type="checkbox"/> 入院	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	未定・予定でも必ず日にちを、ご記入ください
		日帰り入院	年 月 日 ~ 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 手術	手術日	年 月 日	※がん治療の放射線照射が、合計線量50グレイ(5000r)以上の場合もご記入ください
		手術日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> お亡くなりになった(ご死亡日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 高度障害状態となった <input type="checkbox"/> 身体障害状態となった <input type="checkbox"/> 要介護状態となった <input type="checkbox"/> 余命6ヶ月以内と診断された				

初診日	年 月 日 (今回の病気で初めて病院にかかった日)
-----	---------------------------

原因の確認	<input type="checkbox"/> がん(悪性新生物)	<input type="checkbox"/> 女性特有のがん(悪性新生物)	<input type="checkbox"/> がん(上皮内新生物)
	<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 高血圧症疾患
	<input type="checkbox"/> 肝硬変	<input type="checkbox"/> その他肝疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病
	<input type="checkbox"/> 慢性腎不全	<input type="checkbox"/> その他腎臓病	<input type="checkbox"/> その他の病気
	<input type="checkbox"/> 女性特有の病気(帝王切開、子宮筋腫等)		
	<input type="checkbox"/> 寝たきりにより要介護状態	<input type="checkbox"/> 認知症により要介護状態	

重度の糖尿病	<input type="checkbox"/> 医師が必要と認める日常的かつ継続的なインスリン療法を開始し、その開始日から起算して180日間継続して受けた
--------	--

重度の高血圧性疾患(高血圧性網膜症)	<input type="checkbox"/> 高血圧性疾患により高血圧性網膜症であると医師によって診断された
--------------------	--

慢性腎不全	<input type="checkbox"/> 慢性腎不全の状態になったと医師によって診断され、医師が必要と認める永続的な人工透析療法を開始した
-------	---

肝硬変	<input type="checkbox"/> 肝硬変の状態になったと医師によって病理組織学的所見(生検)により診断された
-----	--

※ 詳細については、パンフレットの各制度をご覧ください。

希望の場合のみ	<input type="checkbox"/> 長期入院等により、複数回に分けて請求したいので、請求書類を 部送付希望します。
---------	--

【会社使用欄】	受付欄	保険会社	明治安田生命	代理店