

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

後遺障害申請時に必要となりますので、医療機関で作成してもらってください。

後 遺 障 害 診 断 書

患者 (被共済者)	住 所	〒		
	氏 名	男・女	年 月 日	生
受傷の日時	年 月 日 (曜日)		午前 午後	時 頃
傷病名・治療および後遺症の状況 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>冊子『全国子ども会安全共済会運営の手引き』の後遺障害等級表の写しを 医師に提出し、<u>医師から等級の判定を受けてください。</u> ※後遺障害等級表は金子連のホームページにも掲載されています。 (共済規定(1)共済約款内に記載があります。)</p> </div>				
該当等級	級 号			
症状固定日	年 月 日			
初 診 日	平成 年 月 日 (曜日)			
通院	自	年 月 日 (曜日)	日間	保険医療総額
	至	年 月 日 (曜日)		
入院	自	年 月 日 (曜日)	日間	円
	至	年 月 日 (曜日)		
上記のとおり診断いたします。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 年 月 日 住 所 〒 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 医院名 医師名 印 </div>				

〈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。

2018.10.1改訂