

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 〒 [] [] [] - [] [] [] 都道府県 [] [] [] [] - [] [] [] [] 日中連絡先TEL [] [] [] [] - [] [] [] [] 氏名 [] [] [] [] 自宅TEL [] [] [] [] - [] [] [] [] 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 男 女 生年月日 [] [] [] [] [] [] [] [] 昭和 平成 [] [] [] [] [] [] [] [] 令和

被保険者番号 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 勤務先 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

請求者 被保険者との続柄 本人 親権者 法定相続人 その他()

請求事由 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 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 お亡くなりになった(ご死亡日 年 月 日) 高度障害状態となった 身体障害状態となった 要介護状態となった 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 がん(悪性新生物) 女性特有のがん(悪性新生物) がん(上皮内新生物) 急性心筋梗塞 脳卒中 高血圧性疾患 肝硬変 その他肝疾患 糖尿病 慢性腎不全 その他腎臓病 その他の病気 女性特有の病気(帝王切開、子宮筋腫等) 寝たきりにより要介護状態 認知症により要介護状態

重度の糖尿病 医師が必要と認める日常の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) 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 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 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 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