


# 共済金請求書

パートナー共済会 御中

本書の内容および本書に添付して提出する書類の内容が事実と相違ないことを確認し、共済金を請求します。  
また、会の「個人情報の取扱い」に同意して、共済金請求者欄に捺印いたします。  
なお、指定口座への振込みをもって、支払いがなされたものと認めます。

以下の太線枠内  にご記入・ご捺印ください。

	証券番号			
契約内容	共済契約者：	様		
	住所：	〒 -		
	TEL：	( )		
	被共済者：	様		

記入日	令和	年	月	日			
共済金請求者	氏名	(フリガナ)				請求印・同意印	被共済者との関係
						 シャチハタ印不可	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 契約者 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 相続人 (または死亡保険金受取人) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	住所	〒 -				TEL : ( )	

※振込先をご指定 (□にチェック) ください。

振込先	<input type="checkbox"/> 共済金の振込先として、共済掛金の振替口座を指定します。 <input type="checkbox"/> 共済金の振込先として、下記口座を指定します。 口座番号・通帳番号は右詰めでご記入ください。いずれの金融機関においても口座名義人を必ずご記入ください。							
	(ゆうちょ銀行以外)		銀行・農協 信用金庫・信用組合				支店 支所	
	預金種目	普通 当座		ゆうちょ銀行の場合 通帳記号(5ケタ)		1	0	
	口座番号 (右詰で記入)			通帳番号				
	口座名義人	(フリガナ)						

備考欄	本書は、共済金請求の専用書類となります。ご契約者名やご住所などの変更を希望される場合には、お手数ですが共済事務局までご連絡くださいますようお願いいたします。	受付 <hr/>
-----	--	-------------

# 共済金請求事由説明書

説 明 文	①請求事由
	①状況について詳細にご記入下さい。
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
事 故 現 場 概 略 図 等	事故の場合、状況について詳細をご記入ください。

上記事実に相違ありません。

令和 年 月 日

【被共済者または親権者】

住 所: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_ (印)

診 断 書

1	フリガナ 名前	カルテ番号 ( )		1.健保 2.国保 3.労災 4.自費 5.その他 ( )	
				(生年月日) 年 月 日 男・女	
2	傷病名			(発生時期) 年 月 日 医師推定・患者申告	
				(診断確定日) 年 月 日 ←必ずご記入ください。	
		(原因)		HIV <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 後天性免疫不全症候群 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
合併症		年 月 日 医師推定・患者申告			
3	初診	年 月 日 ~ 年 月 日		終診 現在治療中	
	治療期間 入院期間	〔1回目〕 年 月 日 ~ 年 月 日 外泊・外泊に準ずる外出日 月 日 ( : ~ : )・月 日 ( : ~ : ) 月 日 ( : ~ : )・月 日 ( : ~ : )		退院 入院中	
		〔2回目〕 年 月 日 ~ 年 月 日 外泊・外泊に準ずる外出日 月 日 ( : ~ : )・月 日 ( : ~ : ) 月 日 ( : ~ : )・月 日 ( : ~ : )		退院 入院中	
4	前医または紹介医	有 無	[医療機関名] [所在地]	[医師名] [治療時期] 年 月 日	
5	貴院での治療歴・既往症 (他科を含む)	有 無	[受診科] [傷病名等]	[治療期間・時期等] 入院・通院 入院・通院	[今回の傷病との因果関係] 有・無 有・無
6	前医等他院での治療歴・既往症	有 無	[受診科] [傷病名等]	[治療期間・時期等] 入院・通院 入院・通院	[今回の傷病との因果関係] 有・無 有・無
7	〔治療内容〕				
	〔他覚所見〕 * X線、聴力、脳波、脊髄造影術、椎間板造影術等の検査をされましたら、その結果を必ずご記入ください。				
8	種類	①開頭術 ②開胸術 ③開腹術 ④胸(腹)腔鏡下術 ⑤経皮的 ⑥経尿道(腔)的 ⑦ファイバースコープ・カテーテルによる手術 ⑧その他 ( )			
	内容	[骨・関節・筋・靭帯に対する手術の場合]	観血・非観血	[植皮の場合の面積]	25 cm <sup>2</sup> 未満・25 cm <sup>2</sup> 以上
	手術名	手術日 年 月 日 手術コード (K・Jー )			
9	*悪性新生物の場合にご記入ください。				
10	病理組織診断	[病理診断名]		[診断確定日] 年 月 日	
	[種類] 非浸潤癌 皮膚癌 上皮内癌 左記のいずれにも該当しない悪性新生物				
11	PEP治療 PrEP治療				
11	先進医療	*厚生労働大臣が定める先進医療による治療についてご記入ください。技術料は、第三者負担を除く受療者が負担すべき先進医療技術料のみをご記入ください。			
	[治療の種類]		[実施日] 年 月 日	[先進医療の技術料] 円	
上記の通り証明いたします。					
年 月 日		医療機関名	所在地	医師名	電話番号



# 同 意 書

医療機関 御中

私(同意人)は、下記患者が貴院にて受診した傷病に関する医療情報について、パートナー共済会の職員またはパートナー共済会が委嘱する者が貴院に下記の事項を行うことに同意します。なお、本同意書の複写も本同意書と同じ効力があるものと認めます。

## 記

- 下記患者が、診療・検査を受けた医師または医療機関から診断名・診療内容・診療期間・検査結果・病歴・治療見込みなどについて説明を受けること。
- 下記患者の傷病の治療歴・事故状況・原因などに関する情報を医師または医療機関に提出すること。
- 医師または医療機関から以下の資料の交付・貸出しを受けること、および資料の複写などを行うこと。
  - ・診断書、診療報酬明細書、調剤薬局明細書、施術証明書などの診療情報資料
  - ・X-P、CT、MRIなどの諸検査資料

以上

患者

氏名:			
生年月日:	年	月	日

同意人

記入日: 令和 年 月 日			
住所:			
氏名:			
患者様との関係:          本人 ・ 配偶者 ・ パートナー・ 親権者			
<div style="text-align: right; margin-right: 20px;">           法定相続人代表者(続柄          ) ・ その他(          )         </div>			
<small>           *いずれかに○印と続柄などをご記入下さい。            * 患者様が未成年の場合は、親権者様にてご署名・ご捺印下さい。         </small>			