

健康告知チェックシート

個人共済加入申込み時に、健康告知が③～⑤の方、生後3ヶ月以上1歳未満で新規加入される方は、下記の該当部分に記入いただき、加入申込み用紙と合わせて事務局に提出してください。

本人記入欄

団体名(会社名): _____ 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ TEL: _____ ポストNo: _____

人事管理ID: _____ 氏名: _____ 告知対象者名 _____ (続柄: _____)

<③・④の方>

傷病名 _____ (病気 ケガ)

発症日(診断日・受傷日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

入院期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

手術名 _____ 手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

休業期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

～現在の状況～(薬を使用中の方は治療中かリハビリ中にチェックし記載してください。)

治療中 _____ 通院している(_____ 日おきに通院)
_____ 薬を使用している(内服・外用薬共)

リハビリ中 _____ 通院している(_____ 日おきに通院)
_____ 薬を使用している(内服・外用薬共)

経過観察中 _____ 通院している(_____ 日おきに通院)

完治・寛解 (医師の最終診断日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)

<生後3ヶ月以上1歳未満の方>

～3ヶ月健診の結果～

異常あり (内容: _____)
 経過観察中(内容: _____)
 異常なし

<⑤の方 (健康診断の結果 要受診)>

要受診の項目、または病名: _____

検査結果 (数値が高い・低いなど具体的に) _____

すでに受診した(下記項目に記入)

治療中 _____ 通院している(_____ 日おきに通院)
_____ 薬を使用している(内服・外用薬共)

経過観察中 _____ 通院している(_____ 日おきに通院)
_____ 日常生活での注意のみ

異常なし

まだ受診していない(再検査予定が決まっている方はお知らせください。)

再検査予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※要受診項目、病名によっては、再検査結果確認後の審査となる場合があります。

ご記入ありがとうございました。本書類にて加入審査を行います。

荏原グループ生活共済会 事務局

(共済会記入欄) _____ 審査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

加入可・不可 _____ 備考 _____