

# 『オアシス生命共済制度』（入院・通院）状況報告書兼事実確認承諾書 事故状況報告書

一般社団法人 日本自動車整備振興会連合会 御中  
一般財団法人 全国中小企業共済財団 御中

①氏名	(フリガナ)	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日			
②原因となった傷病名・受傷日	傷病名	受傷日			初診日					
		年	月	日	年	月	日			
③飲酒	有 無	④交通事故(自動車運転の有無等)		運転中 同乗中 歩行中 その他( )						
⑤工作中的事故ですか?		はい(工作中的事故)			いいえ(工作中的事故ではない)					
⑥入院期間	第1回目	入院	年	月	日	～	退院	年	月	日
	第2回目	入院	年	月	日	～	退院	年	月	日
⑦通院治療日	通院治療 日間 通院日数 日(実治療日数)		年 月 日		～	年 月 日				
	実通院治療日(○をつけてください。)		月		月		計		日	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		計		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		計		日	
	月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		日		月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		日		日	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		計		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		計		日		
月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		日		月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		日		日		
⑧前医または紹介医	有・無	医療機関名 その所在地					医師名			
⑨受傷から受診までの症状・入通院中の経過										
⑩入院または通院先の病院または診療所	名称									
	所在地	TEL ( )				TEL ( )				
	担当医師名	科		医師		科		医師		
<p>※上記のとおり相違ないことを誓約します。</p> <p>※万が一上記の内容と異なることが判明した場合、支払が受けられない場合があることを了知します。</p> <p>※貴財団またはその関係者の照会に対し、担当医もしくは病院から回答を得られない場合はあらかじめ診断書を提出いたします。</p> <p>※上記報告内容につき、私の主治医が傷病名・症状・治療内容・既往症などの病歴について貴財団またはその関係者に説明することに同意します。なお、本書の複写も本書と同じ効力があることを認めます。</p>										
年 月 日										
願出人 (被共済者又は受取人)		住所		自署		(印)				
<hr/>										
<p>契約者</p> <p style="text-align: right;">自署 (印)</p>										

**【ご注意】**

1. 各項目は、ありのままできる限り詳細に、全てご記入願います。
2. この報告書は、以下に該当する場合ご使用になれません。
  - ① 上記、承諾・同意事項に承諾・同意されない場合。
  - ② 契約日から2年以内の10日を超える入院の場合。
  - ③ 継続入院中または継続通院中の場合。
3. 本紙ご提出の際は「入院日・退院日または通院日が明記された医療機関発行の領収書(写)」を必ず添付してください。  
※事実確認が出来ない場合、別途書類をご提出頂く場合もございますので予めご了承ください。