

(入院・通院・手術・後遺障害 請求用)

福祉共済（傷害）ご請求手続きに関するご案内

このたびご傷病につきましては、心よりお見舞い申し上げます。
ご請求にあたっての必要書類につきましてご案内いたします。

	入院	通院	手術	後遺障害	書類のご説明
共済金支払請求書	◎	◎	◎	◎	所定の欄はもれなく正確にご記入ください。
同意書 (傷害・一般用)	◎	◎	◎	◎	治療状況等について医療機関へ照会させて頂くことおよび医療機関が医療情報を提供することについて同意頂く書類です。医療機関ごとに1部ずつ必要になります。
請求金額が10万円超の場合 診断書	◎	◎	◎		請求金額が10万円超の場合は所定の診断書をご提出頂きます。尚、他社様式の診断書等の証明書類については確認する内容が記載されていた場合、所定様式に代えて代用できる場合があります。
請求金額が10万円以下の場合 入・通院状況申告書	◎	◎	◎		請求金額が10万円以下の場合は診断書に代えて入・通院状況申告書(医療機関の領収証・診療明細書のコピーを添付)で対応できます。
後遺障害診断書				◎	後遺障害専用の診断書です。症状が固定した後、あるいは事故後1年経過後にお取付けください。
交通事故の場合 交通事故証明	○	○	○	○	自動車安全運転センターで発行する「交通事故証明書」をご提出ください(コピー可)。なお、事故を警察に届け出していない場合は、「警察不届理由書」をご提出ください。
脱退届				後遺障害 1級の場合 ○	後遺障害等級1級に該当する場合は脱退届の提出が必要です。書類は県連より直接事務処理センターへお送りください。
返金依頼書				後遺障害 1級の場合 ○	脱退後に掛金が引落しになる場合、掛金を返金することになります。必ず取付けをお願いします。書類は県連より直接全国連へお送りください。
その他関係書類	○	○	○	○	上記書類のほか、全国連が特に必要とする書類の提出を依頼する場合があります。

(◎は必須 ○は適宜) (21.11改)

共済金のお支払い期限の明確化のお知らせ

【背景】

保険・共済の契約に関する基本的なルールとして、平成 22 年 4 月 1 日付で「保険法」が施行されました。これに伴い、現在ご加入いただいております「福祉共済」におきましては、迅速・適正な保険給付を実現し、より一層ご加入者のお役に立つべく標準的な共済金のお支払い期限を 30 日とし、また、事実確認のために特別な照会や調査が必要となる場合の共済金のお支払い期限について、以下のとおり運営させていただくこととしましたのでお知らせいたします。（平成 22 年 4 月 1 日以降に発生した事故に適用）

【共済金のお支払い期限】

特別な照会や調査の内容	お支払い期限
災害救助法が適用された災害の被災地域における調査	60 日
医療機関、検査機関その他の専門機関による診断、鑑定等の結果の照会	90 日
後遺障害の内容およびその程度を確認するための、医療機関による診断、後遺障害の認定に係る専門機関による審査等の結果の照会	120 日
警察、検察、消防その他の公の機関による捜査結果または調査結果の照会	180 日
日本国内において行うための代替的な手段がない場合の日本国外における調査	180 日

全国商工会連合会 リスクマネジメント課 御中

送信日付: _____

以下のとおり共済事故が発生しましたので、ご連絡します。

商工会担当者: _____

商工会連絡先: _____

全国連 福祉共済(傷害) 事故連絡票

県名		商工会名	商工会
加入者名		契約者番号	
か			
		被共済者コード	
被共済者名			
か			
		加入日	
		西暦) 20 年 月 1 日	
生年月日 (西暦)	年 月 日生	歳	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
契約タイプ	<input type="checkbox"/> 2000円 <input type="checkbox"/> 3000円 <input type="checkbox"/> 4000円 <input type="checkbox"/> ライト <input type="checkbox"/> シニア		

事故 状 況	事故発生日時	20 年 月 日 時		
	事故発生場所	自宅・勤務先・その他()		
	おけがの原因・ 状況	傷害の支払い要件として、急激・偶然・外来の3要件を満たす必要があります。(「※傷害の3要件」参照) 何を原因として、体のどこがどうなったかを、具体的にご記入ください。 (記入例: 脚立に乗り庭の植木を剪定中、足を滑らせ落下。左足を庭石に強く打ち付け、骨折した)		
	おけがの部位に ☑をしてください	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔部 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸腹背部 <input type="checkbox"/> 腰部・臀部 <input type="checkbox"/> 肩上腕部肘 <input type="checkbox"/> 前腕手関節 <input type="checkbox"/> 手・手指 <input type="checkbox"/> 股大腿膝 <input type="checkbox"/> 下腿足関節 <input type="checkbox"/> 足・足指 <input type="checkbox"/> その他()		
	おけがの状態に ☑をしてください	<input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 打撲捻挫 <input type="checkbox"/> 筋腱損傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 歯牙欠損 <input type="checkbox"/> その他()		
医療機関名				
請求予定共済金 請求予定のものに☑をして ください。	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 後遺障害 <input type="checkbox"/> 死亡共済金 (死亡日 年 月 日)			

(2020.9.改)

「※傷害の3要件」

(急激)
突発的に発生すること、事故から傷害の発生
までの過程が直接的で時間的間隔がないこと

(偶然)
予知できない出来事

(外来)
傷害の原因自体が体の外部にあること

県連
年 月 日

全国連
年 月 日

全国商工会 会員福祉共済 共済金支払請求書

記入日 20 年 月 日

全国商工会連合会 御中

下記の内容が事実と相違ないことを確認し、個人情報の取扱いに関するご案内の内容について同意し、共済金を請求しますので下記口座へお振込み下さい。

請求者等	住所	フリガナ 〒 □□□□ - □□□□ 都道 府県		電話	
	氏名	フリガナ	印	被共済者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他 ()
	加入者氏名	契約者番号	被共済氏名	被共済者コード	
	被共済者情報	(西暦) 年 月 日 生 歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ご職業:	
代理請求確認欄	私は請求者が私に代わり共済金を請求することに同意します。				
	※共済金を被共済者以外が請求する時にご記入下さい。		被共済者署名	印	<small>被共済者署名・捺印 個人情報取扱同意印兼用欄</small>
受取口座	下記口座へ送金して下さい。口座への送金をもって支払がなされたものと認めます。				
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 協協		(本店) (支店) (出張所)	口座名義人	
	金融機関コード	支店コード	フリガナ		
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号			
事故情報	発生日時	20 年 月 日 時 頃			
	おけがをされた場所	都・道・府・県			
	おけがの原因・状況				
	おけがの内容	診断書をご提出いただく場合は下記のご記入は不要です			
(体の部位)	頭・顔・眼・歯・首・肩・胸・腹・脊柱・腰・臀部・腕・足・手指・足指 (左記以外)				
(おけがの状態)	打撲・捻挫・切り傷・すり傷・骨折・脱臼・火傷 (左記以外)				
請求情報	請求する共済金の種類	<input type="checkbox"/> 入通院共済金 <input type="checkbox"/> 後遺障害共済金 <input type="checkbox"/> 死亡共済金 <input type="checkbox"/> 手術共済金			
	死亡日・治癒日・中止日	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 内払 <input type="checkbox"/> 確定払		
	後遺障害の状況				
	手術の内容	手術日	20 年 月 日		
	手術名: (手術の同意書等手術内容が分かる書類があればコピーを添付下さい)				
入院・通院	入院日数	日	}	詳細は別添 診断書 或いは 入・通院状況申告書 を参照	
	通院日数	日			
運転免許証番号 (車を運転中の事故の場合のみご記入下さい)		□□□□□□□□□□□□			
届出警察署 (事故等を届け出た場合のみご記入下さい)		(届出日 月 日)			

全国連使用欄	受付番号	取扱商工会	商工会	
商工会 (受付完了)	県連	全国連 (受付)	全国連 (査定)	全国連 (支払)
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
印	印	印	印	印

(

「個人情報の取扱いに関するご案内」

全国商工会連合会（以下、全国連といいます。）及び都道府県商工会連合会（以下、県連といいます。）・商工会は、本契約に関する個人情報（過去に取得したものを含まず。）を、共済引受の判断、本契約の管理・履行及び付帯サービスの提供ならびに他の共済・保険・金融商品等の各種商品・サービスの提供・案内、会員の確認、加入者からの照会・応答の他、全国連及び県連・商工会が行う各種情報・サービスの提供・案内等を行うために利用させていただきます。

本契約のご加入者及び被共済者には、共済金の請求にあたり、全国連及び県連・商工会が個人情報を下記①から④に記載の提供・利用の他、上記目的のために提供・利用することについてご同意いただきたくお願い申し上げます。なお、ご同意いただけない場合には、本契約をお引き受けすることができませんのでご了解下さい。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、医師、調査会社、保険会社、金融機関等に対して個人情報を提供すること。
- ②契約締結、契約内容変更、共済金・給付金支払い等の可否を判断するために、個人情報を県連・商工会やリスクヘッジ会社と共同して利用すること。
- ③全国連と県連・商工会との間で各種金融商品・サービス等の提供・案内のために、個人情報を共同利用すること。
- ④リスクヘッジ契約の締結、リスクヘッジ契約に基づく通知、リスクヘッジの請求等のために個人情報をリスクヘッジ会社等に提供すること。

全国連と県連・商工会の一覧、各種商品やサービスの一覧、全国連における個人情報の取扱いについては、全国連ホームページ (<http://www.shokokai.or.jp/>) をご覧ください。

同意書

20 年 月 日

医療機関名： 御中

主治医様

私は、貴台が市町村商工会・都道府県商工会連合会・全国商工会連合会及びその委託を受けたものに対して、以下に記載する事項を行うことについて同意します。

- ① 私の傷病の原因・症状・既往症・治療内容等について説明すること。
- ② 私の傷病に関する診断書・診療報酬明細書・その他の証明書を手交すること。
- ③ 私の傷病・既往症に関する診療記録・検査資料を貸し出すこと、または写しを手交すること。

市町村商工会・都道府県商工会連合会・全国商工会連合会 御中

私は貴会またはその委託を受けた者が、上記医療機関に対し私の傷病に関する照会を行うにあたって、私の個人情報を提供することについて同意します。

住 所			
傷病者氏名		⑩	
生年月日		(西暦) 年 月 日	
診察券番号			
住 所			
傷病者との関係	<input type="checkbox"/> 親権者	⑩	
	<input type="checkbox"/> その他	関係	⑩

(10.11 改)

○ 太枠線内には、傷病者ご本人のご署名・ご捺印をお願いします。

※傷病者が未成年の場合は、太枠線内傷病者氏名欄は記名のみ（捺印は不要）とし、親権者欄に「レ」点を記し、親権者のご署名・ご捺印をお願いいたします。

※傷病者ご本人が、事情によりご本人にて記載できないため関係者が記載される場合は、太枠線内傷病者氏名欄は記名のみ（捺印は不要）とし、その他欄に「レ」点を記し、関係者のご署名・ご捺印をお願いいたします。

入・通院状況申告書

入・通院共済金請求額が10万円以下の場合、この申告書をご提出頂くことにより診断書の提出に替えることができます。

全国商工会連合会 御中

被共済者	氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	(西暦) 年 月 日 (歳)
発生日時	20 年 月 日 時頃				
おけがの部位					
おけがの状態					
治療内容					
ギプス等の 固定具使用 の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	固定具を常時装着（※1）した期間	固定具の種類（※2）		固定の範囲 (例 左足甲から左足首の上まで)	
	20 年 月 日から 20 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> 副子・副木・シーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ <input type="checkbox"/> その他 ()			
	20 年 月 日から 20 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> 副子・副木・シーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ <input type="checkbox"/> その他 ()			
	※1 固定具の常時装着がギプス等期間認定の前提。「入浴中のみ取り外す」等の状態は常時装着に含む。 ※2 ◎ギプス：受傷部の周囲360度を覆い固定する硬質（多くは石膏）の器具 ◎副子・副木・シーネ：受傷部の一侧に当て、包帯等で巻いて固定する器具 ◎ギプスシャーレ：ギプス固定の後、ギプスの一部をカットして副子として使用するもの				
入院治療	20 年 月 日から 20 年 月 日まで	日間	記入いただいた治療状況（入通院状況）について本会より医療機関などへ確認させていただく場合がございます。		
通院治療	20 年 月 日から 20 年 月 日まで	日間	実際に通院治療を受けた日に○印をつけて下さい		
支障期間の 有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	平常の業務または平常の生活（更衣・入浴・家事・書字等）に支障があった期間 20 年 月 日～20 年 月 日 具体的支障内容【 】	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日	
		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日	
		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日	
		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日	
医療機関の領収証（コピー可）をご提出下さい。		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日	
医療機関名 _____		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日	
所在地 _____		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日	
TEL _____		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日	
診察券番号 _____		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日	
20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続		担当医師名 _____ <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> その他			

上記事実と相違ないことを確認致します。

20 年 月 日

被共済者

住所

氏名



診 断 書		福祉共済(傷害)用																																																																																																																																													
全国商工会連合会 宛		カルテNo. _____																																																																																																																																													
傷病者	氏名	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自由診療()																																																																																																																																													
	住所	<input type="checkbox"/> 男・女 <input type="checkbox"/> 明・大・昭・平	年 月 日生 () 歳 職業 _____																																																																																																																																												
傷病名・外傷名または受傷部位・態様																																																																																																																																															
発病または受傷の原因(医師推定・診断や傷病者申告内容等詳細にご記入下さい。)																																																																																																																																															
初診日	年 月 日	発病日または受傷日	年 月 日																																																																																																																																												
初診から現在までの主要症状並びに治療内容		当該傷病の治療歴 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (病院名:) 治療期間(年 月 日 ~ 年 月 日) イ. 既往症 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (傷病名:) ロ. 上記傷害と併行して行った治療の有無 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (傷病名:) ハ. 上記イ、ロが今回の傷病の治療期間または原因に及ぼした影響 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 [_____] ニ. 上記イ、ロがなかった場合の推定治療期間 (初診 ~ 年 月頃まで)																																																																																																																																													
頸部症候群(むちうち症)・腰痛の場合 医学的他覚所見(理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等により認められる異常所見の有無) ・画像所見(X-P. CT. MRI) 異常 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 () ・その他所見 異常 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()																																																																																																																																															
入院治療	1回目入院日数	日間 (期間)	年 月 日 ~ 年 月 日																																																																																																																																												
	2回目入院日数	日間 (期間)	年 月 日 ~ 年 月 日																																																																																																																																												
今回の傷病に関して実施した手術 開頭術・開胸術・開腹術・胸腔・胸腔ドレナージ・その他() 創傷処理 <input type="checkbox"/> 筋肉に達する・ <input type="checkbox"/> 筋肉に達しない 筋骨関係手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血・ <input type="checkbox"/> 非観血 植皮術の場合 <input type="checkbox"/> 25cm ² 以上・ <input type="checkbox"/> 25cm ² 未満																																																																																																																																															
手術名	①	(K・J - -)	(手術日 年 月 日)																																																																																																																																												
	②	(K・J - -)	(手術日 年 月 日)																																																																																																																																												
固定具を「常時装着」するよう指示した期間 ①固定具名 _____ 患者による着脱 () (可・不可) ①使用期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) ①固定範囲 _____ から _____ まで (例: 左足甲から左足首上部まで)		通院治療 日間 (うち治療実日数 日) 年 月 日 ~ 年 月 日 実通院治療日を以下に○印を付けて下さい																																																																																																																																													
②固定具名 _____ 患者による着脱 () (可・不可) ②使用期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) ②固定範囲 _____ から _____ まで (例: 左足甲から左足首上部まで)		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>月</th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th> <th>計</th> </tr> <tr> <td>1月</td> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>2月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td> <td>計</td> </tr> <tr> <td>3月</td> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>4月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td> <td>計</td> </tr> <tr> <td>5月</td> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>6月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td> <td>計</td> </tr> <tr> <td>7月</td> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td>日</td> </tr> </table>		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	1月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	2月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	3月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	5月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	6月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	7月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																																																																																																																														
1月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																																																																																																																															
2月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																																																																																																																														
3月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																																																																																																																															
4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																																																																																																																														
5月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																																																																																																																															
6月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																																																																																																																														
7月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																																																																																																																															
医学的に就業・就学・平常の生活(更衣・入浴・家事・書字等)に著しい支障があると判断された期間の有無 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) 具体的支障内容 ()		年 月 日 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医																																																																																																																																													
後遺障害残存見込み <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 未定 (有・未定の場合には、現状及び今後の見込みについてご記入下さい。)																																																																																																																																															
上記の通り診断します。		年 月 日																																																																																																																																													
所在地 〒 _____		電話 _____																																																																																																																																													
医療機関名 _____	診療科名 _____	医師名 _____ (印)																																																																																																																																													

手術をした場合
※下記に該当する手術をした場合は、小分類の番号の前の口内にチェックをお願いします。 (注: 下表の手術とは、医師が治療を直接の目的として、メス等の器具を用いて患部または必要部位に切除、摘出などの処置を施すことを言います。)
対象となる手術(注)
1. 皮膚、皮下組織の手術(単なる皮膚縫合は除く) <input type="checkbox"/> (1) 植皮術、皮膚移植術、皮弁作成術、皮弁移動術、皮弁切除術、遷延皮弁術(いずれも25cm ² 未満は除く) <input type="checkbox"/> (2) 瘢痕拘縮形成術、顔面神経麻痺形成手術、動脈皮弁術、筋皮弁術、遊離皮弁術、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術
2. 手指、足指を含む筋、腱、腱鞘の手術(筋炎手術・抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 筋、腱、腱鞘の観血手術(いずれも関節鏡下によるものを含む)
3. 手指、足指を含む四肢関節、靭帯の手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 四肢関節観血手術、靭帯観血手術(いずれも関節鏡下によるものを含む) <input type="checkbox"/> (2) 人工骨頭挿入術、人工関節置換術
4. 手指、足指を含む四肢骨の手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 四肢骨観血手術 <input type="checkbox"/> (2) 骨移植術(四肢骨以外の骨を含む)
5. 手指、足指を含む四肢切断、離断、再接合の手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 四肢切断術、離断術(骨、関節の離断に伴うもの) <input type="checkbox"/> (2) 切断四肢再接合術(骨、関節の離断に伴うもの)
6. 指移植の手術 <input type="checkbox"/> (1) 指移植手術
7. 鎖骨、肩甲骨、肋骨、胸骨観血手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 鎖骨、肩甲骨、肋骨、胸骨観血手術(抜釘術を除く)
8. 脊椎、骨盤の手術(頸椎、胸椎、腰椎、仙椎の手術を含み、抜釘術は除く) <input type="checkbox"/> (1) 脊椎、骨盤観血手術(脊椎固定術、体外式脊椎固定術を含む)
9. 頭蓋、脳の手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 頭蓋骨観血手術(鼻骨および鼻中隔を除く) <input type="checkbox"/> (2) 頭蓋内観血手術(穿頭術を含む)
10. 脊髄、神経の手術 <input type="checkbox"/> (1) 手指、足指を含む神経観血手術(形成術、移植術、切除術、減圧術、開放術、捻除術、縫合術、剥離術、移行術) <input type="checkbox"/> (2) 脊髄硬膜内外観血手術
11. 涙嚢、涙管の手術 <input type="checkbox"/> (1) 涙嚢摘出術 <input type="checkbox"/> (2) 涙嚢鼻腔吻合術 <input type="checkbox"/> (3) 涙小管形成術
12. 眼瞼、結膜、眼窩、涙腺の手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 眼瞼下垂症手術 <input type="checkbox"/> (2) 結膜嚢形成術 <input type="checkbox"/> (3) 眼窩プロアウト(吹抜け)骨折手術 <input type="checkbox"/> (4) 眼窩骨折観血手術 <input type="checkbox"/> (5) 眼窩内異物除去術
13. 眼球、眼筋の手術 <input type="checkbox"/> (1) 眼球内異物摘出術 <input type="checkbox"/> (2) レーザー、冷凍凝固による眼球手術 <input type="checkbox"/> (3) 眼球摘出術 <input type="checkbox"/> (4) 眼球摘除及び組織または義眼台充填術 <input type="checkbox"/> (5) 眼筋移植術
14. 角膜、強膜の手術 <input type="checkbox"/> (1) 角膜移植術 <input type="checkbox"/> (2) 強角膜瘻孔閉鎖術 <input type="checkbox"/> (3) 強膜移植術
15. ぶどう膜、眼房の手術 <input type="checkbox"/> (1) 観血的眼房・虹彩異物除去術 <input type="checkbox"/> (2) 虹彩癒着剥離術・瞳孔形成術 <input type="checkbox"/> (3) 虹彩離断術 <input type="checkbox"/> (4) 緑内障観血手術(レーザーによる虹彩切除術は13.(2)に該当)
16. 網膜の手術 <input type="checkbox"/> (1) 網膜復位術(網膜剥離症手術) <input type="checkbox"/> (2) 網膜光凝固術 <input type="checkbox"/> (3) 網膜冷凍凝固術
17. 水晶体、硝子体の手術 <input type="checkbox"/> (1) 白内障・水晶体観血手術 <input type="checkbox"/> (2) 硝子体観血手術(莖頭微鏡下によるものを含む) <input type="checkbox"/> (3) 硝子体異物除去術

対象となる手術(注)
18. 外耳、中耳、内耳の手術 <input type="checkbox"/> (1) 耳後婁乳閉鎖術、耳介形成手術、外耳道形成手術、外耳道造設術 <input type="checkbox"/> (2) 観血的鼓膜・鼓室形成術 <input type="checkbox"/> (3) 乳突洞開放術、乳突削開術 <input type="checkbox"/> (4) 中耳根本手術 <input type="checkbox"/> (5) 内耳観血手術
19. 鼻・副鼻腔の手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 鼻骨観血手術 <input type="checkbox"/> (2) 副鼻腔観血手術
20. 咽頭、扁桃、喉頭、気管の手術 <input type="checkbox"/> (1) 気管異物除去術(開胸術によるもの) <input type="checkbox"/> (2) 喉頭形成術、気管形成術
21. 内分泌器の手術 <input type="checkbox"/> (1) 甲状腺、副甲状腺の手術
22. 顔面骨、顎関節の手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 頬骨・上顎骨・下顎骨・顎関節観血手術(顎関節鏡下によるものを含み、歯・歯肉の処置に伴うものは除く)
23. 胸部、食道、横隔膜の手術 <input type="checkbox"/> (1) 胸郭形成術 <input type="checkbox"/> (2) 開胸術を伴う胸部手術(胸腔鏡下によるものを含み、胸壁膿瘍切開術を除く)、食道手術(開胸術を伴わない頸部手術によるものを含む)、横隔膜手術 <input type="checkbox"/> (3) 胸腔ドレナージ(持続的なドレナージを言う)
24. 心、脈管の手術 <input type="checkbox"/> (1) 観血的血管形成術(血液透析用シャント形成術を除く) <input type="checkbox"/> (2) 大動脈・大静脈・肺動脈・冠動脈手術(開胸または開腹術を伴うもの) <input type="checkbox"/> (3) 開心術 <input type="checkbox"/> (4) その他開胸術を伴うもの
25. 腹部の手術 <input type="checkbox"/> (1) 開腹術を伴うもの(腹腔鏡下によるものを含み、腹壁膿瘍切開術を除く) <input type="checkbox"/> (2) 腹腔ドレナージ(持続的なドレナージを言う)
26. 尿路系、副腎、男子性器、女子性器の手術 <input type="checkbox"/> (1) 腎臓・腎盂・尿管・膀胱観血手術(経尿道的操作によるものおよび膀胱内凝結除去術を除く) <input type="checkbox"/> (2) 尿道狭窄観血手術、尿道異物摘出術、尿道形成術(いずれも経尿道的操作は除く) <input type="checkbox"/> (3) 尿管観血手術(経尿道的操作は除く) <input type="checkbox"/> (4) 陰茎切断術 <input type="checkbox"/> (5) 睾丸・副睾丸・精管・精嚢・前立腺手術 <input type="checkbox"/> (6) 卵管・卵巣・子宮・子宮付属器手術(人工妊娠中絶術および経腔操作を除く) <input type="checkbox"/> (7) 膣腸婁閉鎖術 <input type="checkbox"/> (8) 造瘻術 <input type="checkbox"/> (9) 膣壁形成術 <input type="checkbox"/> (10) 副腎摘出術 <input type="checkbox"/> (11) その他開腹術を伴うもの
27. 上記以外の手術 <input type="checkbox"/> (1) 上記以外の開頭術 <input type="checkbox"/> (2) 上記以外の開胸術(胸壁膿瘍切開術を除く) <input type="checkbox"/> (3) 上記以外の開腹術(腹壁膿瘍切開術および膀胱内凝血除去術を除く) <input type="checkbox"/> (4) 上記以外の開心術 <input type="checkbox"/> (5) ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテル、バルーンカテーテルによる脳・咽頭・喉頭・食道・気管、気管支、心臓、血管、胸・腹部臓器、尿管、膀胱、尿道の手術(検査および処置は除く)

【その他手術名】 _____
(20 年 月 日)
区分コード: _____