都道府県民共済・全国共済
全国生活協同組合連合会

診断書兼入院証明書

カルテNo.

1 健　保	2 国　保	3 労　災
4 自　費	5 自賠責	6 その他（　）

1. 氏　名		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日（　歳）	職業	

2.	傷病名	傷病発生年月日	
ア 入院の原因となった傷病名		平成・令和　年　月　日	医師推定・患者申告
イ アの原因	疾病・外傷	平成・令和　年　月　日	医師推定・患者申告

3. 既往症 無・有	病名	治療期間	診療医
	1.	入院　年　月　日～　年　月　日まで 通院　年　月　日～　年　月　日まで	
	2.	入院　年　月　日～　年　月　日まで 通院　年　月　日～　年　月　日まで	

4. 同時治療の疾病 無・有 ⇒（病名　初診日　年　月　日）
今回の治療への影響 無・有

5. 前医又は紹介医 無・有　初診日　年　月　日　医療機関名

6. 治療期間		1回目入院 平・令　年　月　日 退院 平・令　年　月　日（　年　月　日 現在入院中）	2回目入院 平・令　年　月　日 退院 平・令　年　月　日（　年　月　日 現在入院中）
初診 平成・令和　年　月　日		入院日数（　日）うち外泊日数（　日）	入院日数（　日）うち外泊日数（　日）
終診 平成・令和　年　月　日 （　年　月　日 現在加療中）		内）公的医療保険が適用されない（自費）入院期間 平・令　年　月　日 平・令　年　月　日	内）公的医療保険が適用されない（自費）入院期間 平・令　年　月　日 平・令　年　月　日

7. 転帰　ア 治癒　イ 退院、外来治療中　ウ 転医入院中　エ 転医通院中　オ 中止　カ その他（　）

8. 発病（受傷）から初診までの経過（いつごろからどのような症状があったかをご記入ください。）

初診時以降の具体的な症状推移および治療内容

9. 診療報酬点数が発生した手術（該当項目に○印をつけてください）

手術の種類　1 開頭・開胸・開腹　2 内視鏡またはカテーテルによる手術　3 創傷処理　4 皮膚切開術　5 デブリードマン　6 抜歯　7 その他（　）

・筋骨格系手術の場合（観血・非観血）　・植皮術の場合（面積　㎠）

手術名及び手術日

※診療報酬点数表の正式手術名、区分番号（歯科の場合はJ）、算定された手術診療報酬点数をご記入ください。
※次の加算がある場合、その点数も合わせてご記入ください。

休日加算　深夜加算　1,500㎠未満加算　乳幼児加算　時間外加算
手術医療機器等加算　新生児加算　その他（　）　加算を含む

（1）　年　月　日（K・J　－　）　点
公的医療保険が適用されない（自費）手術の場合にチェックしてください → □

（2）　年　月　日（K・J　－　）　点
公的医療保険が適用されない（自費）手術の場合にチェックしてください → □

10. 診療報酬点数が発生した放射線照射及び電磁波温熱療法

照射部位	
期間	開始　年　月　日 終了　年　月　日
総線量	グレイ
手術区分番号	M　－
期間内診療報酬総点数	点

11. 先進医療

治療の種類	治療の実施日　年　月　日　～　年　月　日
受療者が支払った先進医療のみの技術料　円	貴院が保険診療と併用できることとなった日　年　月　日

12. 後遺障害の内容（精神・神経・運動機能に障害を残す場合は、特に詳しくご記入ください）

上記後遺障害の軽減の見込み：無・有

上記のとおり証明（診断）します。　年　月　日

病院または診療所の　所在地　名　称　診療科　医師氏名　印

（電話番号）

FJCC-113-202404

※訂正がある場合には必ず訂正印を押印してください。
※3.4.5.欄も記入漏れがないようお願いします。

ご記入にあたってのお願い

～ご担当の先生へ～

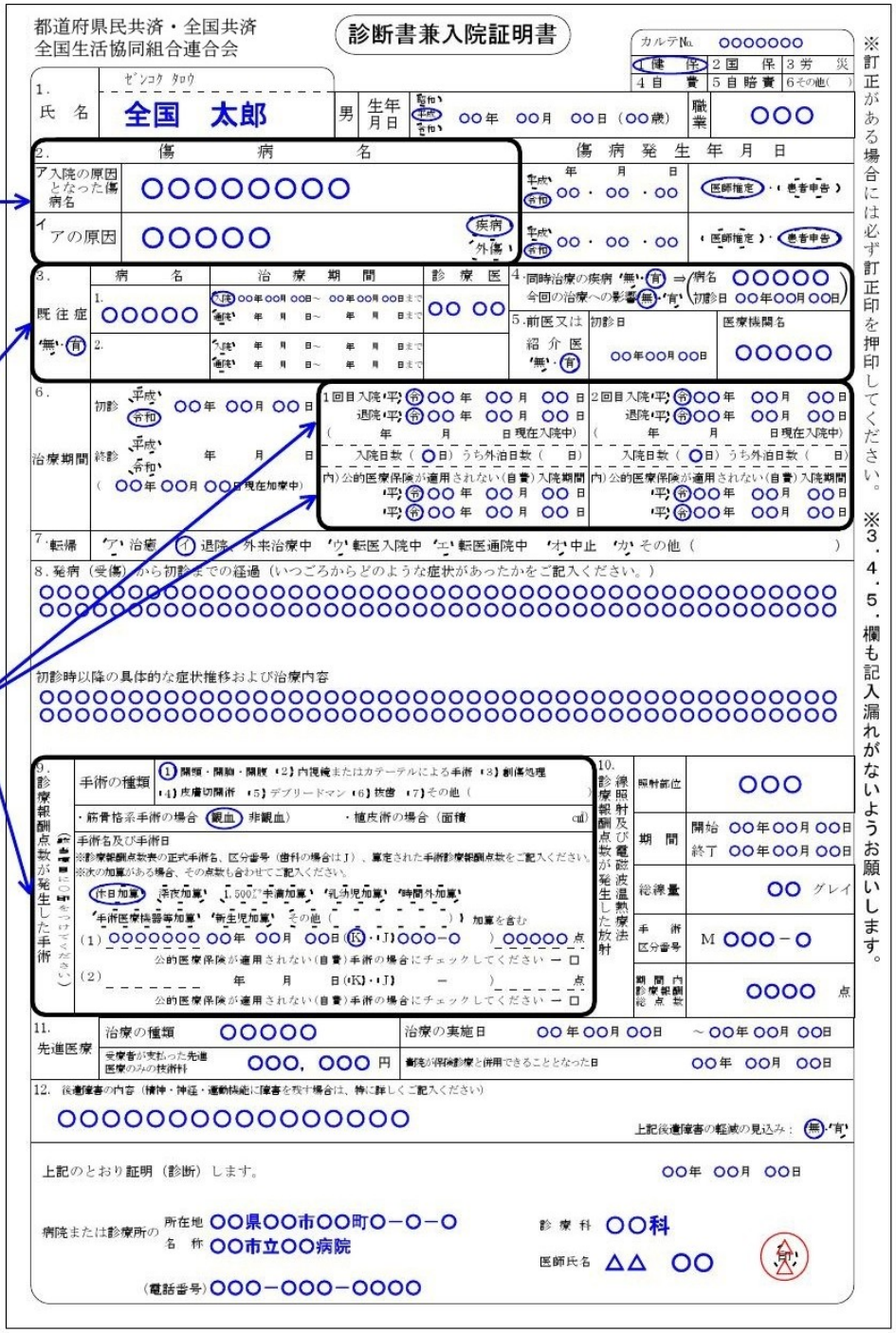
「診断書兼入院証明書」は、共済金のお支払いを判断させていただくうえで必要な書類であり、また、患者様に対して迅速にお支払いするうえでも極めて大切な書類です。

お忙しいことと拝察いたしますが、正確なご記入をよろしくお願い申しあげます。

傷病名・原因につきましては具体的に、複数ある場合は全てご記入ください。
また、疾病・外傷のいずれかに○印をお願いいたします。

患者様の既往症（他院での治療も含みます）、前医等をご記入ください。

入院期間内の公的医療保険が適用されない期間もご記入ください。公的医療保険が適用されない（自費）手術の場合は、チェックボックスにチェックしてください。
また、入院または手術が３回以上の場合は、「8.発病（受傷）から初診までの経過」欄に追記してください。



都道府県民共済・全国共済
全国生活協同組合連合会

診断書兼入院証明書

カルテNo. ○○○○○○○

1 健保 2 国保 3 労災 4 自費 5 自賠責 6 その他（ ）

1. 氏名 ゼンコク タロウ 全国 太郎 男 生年月日 昭和 ○○年 ○○月 ○○日（○○歳） 職業 ○○○

2. 傷病名 / 傷病発生年月日

ア 入院の原因となった傷病名 ○○○○○○○○ 令和 ○○・○○・○○ 医師推定・患者申告

イ アの原因 ○○○○○ 疾病・外傷 令和 ○○・○○・○○ 医師推定・患者申告

3. 既往症 無・有

	病名	治療期間	診療医
1.	○○○○○	入院 令和○○年○○月○○日～ 令和○○年○○月○○日まで / 通院 年 月 日～ 年 月 日まで	○○ ○○
2.		入院 年 月 日～ 年 月 日まで / 通院 年 月 日～ 年 月 日まで	

4. 同時治療の疾病 無・有 ⇒（病名 ○○○○○ 初診日 ○○年○○月○○日）
今回の治療への影響 無・有

5. 前医又は紹介医 無・有 初診日 ○○年○○月○○日 医療機関名 ○○○○○

6. 治療期間
初診 令和 ○○年 ○○月 ○○日
終診 平成・令和 年 月 日（○○年○○月○○日現在加療中）

1回目入院 令和 ○○年 ○○月 ○○日 退院 令和 ○○年 ○○月 ○○日（ 年 月 日現在入院中）
入院日数（○日）うち外泊日数（ 日）
内）公的医療保険が適用されない（自費）入院期間 令和 ○○年 ○○月 ○○日 令和 ○○年 ○○月 ○○日

2回目入院 令和 ○○年 ○○月 ○○日 退院 令和 ○○年 ○○月 ○○日（ 年 月 日現在入院中）
入院日数（○日）うち外泊日数（ 日）
内）公的医療保険が適用されない（自費）入院期間 令和 ○○年 ○○月 ○○日 令和 ○○年 ○○月 ○○日

7. 転帰 ア 治癒 イ 退院 外来治療中 ウ 転医入院中 エ 転医通院中 オ 中止 カ その他（ ）

8. 発病（受傷）から初診までの経過（いつごろからどのような症状があったかをご記入ください。）
○○○○○○○○