

一般財団法人地方競馬共済会 給付規程様式

令和 8 年 3 月 31 日 7 地競共第 630 号

一般財団法人地方競馬共済会給付規程（以下「給付規程」という）および一般財団法人地方競馬共済会特別給付規程（以下「特別給付規程」という）に規定する様式を定める規程を次のように定める。

（目的）

第 1 条 この規程は、給付規程(昭和 45 年 8 月 18 日制定)及び特別給付規程（平成 4 年 3 月 6 日 3 地競共第 689 号）を実施するために必要な様式を定めることを目的とする。

第 2 条 給付規程を実施するための様式は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 給付規程第 16 条の給付申請（障害給付） 様式第 2 号
- (2) 給付規程第 16 条の給付申請（入院給付）様式第 3 号
- (3) 給付規程第 16 条の給付申請（遺族給付）様式第 4 号
- (4) 給付規程第 16 条関係の給付申請（会員死亡の場合の脱会給付） 様式第 4 号
- (5) 給付規程第 16 条関係の給付申請（脱会給付） 様式第 5 号
- (6) 給付規程第 24 条に定める金額制限による脱会給付申請に係る同意書 様式第 6 号
- (7) 給付規程第 12 条第 3 項に定める遺族による給付申請に係る委任状 様式第 7 号
- (8) 給付規程第 13 条第 1 項に定める遺族給付等の受給者指定に係る申請 様式第 8 号
- (9) 給付規程第 16 条の入院給付の申請に係る診断書 様式第 9 号
- (10) 給付規程第 16 条の障害給付の申請に係る後遺障害診断書 様式第 10 号
- (11) 給付規程第 16 条の入院給付、遺族給付の申請に係る診療状況申告書 様式第 11 号

第 3 条 特別給付規程を実施するための様式は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 特別給付規程第 5 条関係の特別給付受給資格取得申請 様式第 1 号
- (2) 特別給付規程第 15 条関係の給付申請（特別障害給付） 様式第 2 号
- (3) 特別給付規程第 15 条関係の給付申請（特別入院給付、特別通院給付）様式第 3 号
- (4) 特別給付規程第 15 条関係の給付申請（特別遺族給付）様式第 4 号
- (5) 特別給付規程第 15 条に定める特別入院給付及び特別通院給付の申請に係る診断書  
様式第 9 号
- (6) 特別給付規程第 15 条に定める特別障害給付の申請に係る後遺障害診断書 様式第 10 号
- (7) 特別給付規程第 15 条に定める給付申請に係る診療状況申告書 様式第 11 号

附則 （令和 8 年 3 月 31 日 7 地競共第 630 号）

この規程は、令和 8 年 4 月 1 日から施行する。

## 特別給付受給資格取得申請書

年 月 日

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

会員証番号

氏 名

⑩

このたび一般財団法人地方競馬共済会特別給付規程を了承のうえ受給資格を得たいので、同規程第 5 条の規定に基づき特別会費を添えて申請します。

フリガナ		性 別	男 女	生 年	年 月 日
氏 名				月 日	
所 属	競 馬 場		調 教 師 名		

## 障害給付申請書

令和 年 月 日

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

一般財団法人地方競馬共済会給付規程および特別給付規程に基づき下記のとおり申請します。

〒

住所

氏名

(TEL

※該当する数字、または該当事項に○印をつけてください。

申請内容	1. 障害 2. 特別障害
------	---------------

事故日	令和 年 月 日	傷病名	
症状固定日	令和 年 月 日		

会員番号	入会年月日	昭・平・令 年 月 日	
	特別給付受給資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	
フリガナ	男・女	生年	西暦・昭・平
会員氏名		月日	年 月 日
所属	競馬場	調教師名	
職種	1. 調教師 2. 調教師補佐 3. 騎手 4. 厩務員		

給付金 振込先	金融機関名	支店名	口座番号	名義人（カタカナで記入）
		支店		

（添付書類）

- この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書
- 医師の診断書（様式第10号「後遺障害診断書」を使用すること。）
- 傷害を被った事故の発生状況に関する現認書及び現認書に対する主催者の証明書
- その他共済会が必要と認める書類

## 入院・通院給付申請書

令和 年 月 日

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

一般財団法人地方競馬共済会給付規程および特別給付規程に基づき下記のとおり申請します。

〒

住所

氏名

(TEL

※該当する数字、または該当事項に○印をつけてください。

申請内容	1. 入院 2. 特別入院 3. 特別通院			
会員番号	入会年月日	昭・平・令 年 月 日		
	特別給付受給資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日		
フリガナ		男・女	生年	西暦・昭・平
会員氏名			月日	年 月 日
所属	競馬場		調教師名	
職種	1. 調教師 2. 調教師補佐 3. 騎手 4. 厩務員			
事故日	令和 年 月 日	傷病名		
入院	病院①	期間	年 月 日～ 年 月 日 (計 日)	
	病院②	期間	年 月 日～ 年 月 日 (計 日)	
	手術①		手術日	年 月 日
	手術②		手術日	年 月 日
通院	期間	年 月 日～ 年 月 日 (実際に治療を受けた日数 計 日)		
給付金 振込先	金融機関名	支店名	口座番号	名義人 (カタカナで記入)
		支店		

(添付書類)

- この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書
- 医師の診断書（様式第 9 号「診断書」を使用すること。）又は様式第 11 号「診療状況申告書」（申告書に記入した入院・通院等の事実及び日数を証明する領収書及び診療明細書を添付すること。）
- 傷害を被った事故の発生状況に関する現認書及び現認書に対する主催者の証明書
- その他共済会が必要と認める書類

脱会給付（会員の死亡）申請書  
遺族給付申請書

令和 年 月 日

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

一般財団法人地方競馬共済会給付規程および特別給付規程に基づき下記のとおり申請します。

〒 \_\_\_\_\_  
(申請者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(TEL \_\_\_\_\_ )

※該当する数字、または該当事項に○印をつけてください。

申請内容	1. 脱会給付（業務外の死亡）		2. 遺族給付・特別遺族給付（業務中の死亡）	
死亡年月日	令和 年 月 日	事故年月日 (業務中の場合)	令和 年 月 日	
死亡理由				
会 員 に つ い て	会員 番号	入会年月日	昭・平・令 年 月 日	
		特別給付受給資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	
	フリガナ		男・女	西暦・昭・平 年 月 日
	氏名		生年 月日	
	所属	競馬場	調教師名	
職 種	1. 調教師 2. 調教師補佐 3. 騎手 4. 厩務員			
申 込 先 者	死亡した会員 との関係	配偶者・子・父・母・孫・祖父・祖母・兄弟、姉妹 その他（ ）		
	振 込 先	金融機関名	支店名	口座番号
			支店	
名義人（カタカナで記入）				
給付規程第11条第1項第1号及び第2号の該当者について 脱会給付申請（会員の死亡）に係る一般財団法人地方競馬共済会給付規程第11条第1項第1号括弧書き（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者）に該当する者及び同条第1項第2号（会員の死亡当時その収入で生計を維持していた者）に該当する者の有無について、下記のとおり届け出ます。 該当者 1. なし 2. あり				

(添付書類)

- この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書
- 死亡した会員の死亡診断書又は死体検案書
- 死亡した会員の遺族の範囲及び順位を明らかにする戸籍全部事項証明書若しくは除籍全部事項証明書又は法定相続情報一覧図の写し（給付規程第13条による指定をした場合を除く。）
- 申請者の戸籍全部事項証明書（死亡した会員の戸籍全部事項証明書に記載された配偶者又は除籍されていない子の申請である場合を除く。）
- 傷害を被った事故の発生状況に関する現認書及び現認書に対する主催者の証明書（業務中の事故による死亡の場合。）
- 給付規程第11条第1項第1号及び第2号の該当者がある場合はその事実を証明する書類
- その他共済会が必要と認める書類

## 脱会給付申請書

年 月 日

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

〒 ー  
住 所  
氏 名 ⑩  
(TEL ー ー )

脱会給付を受けたいので、一般財団法人地方競馬共済会給付規程に基づき下記のとおり申請します。

フリガナ				性 別	男 女	生年 月日	年 月 日
氏 名							
会 員 証 番 号		職 種		入 会 年 月 日			年 月 日
所 属	競馬場			調 教 師 名			
脱 会 理 由							
給 付 金 振 込 先	金融機関名	口座番号		名 義 人			
				フリガナ			
	支店			氏 名			

(添付資料)

1. この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書
2. その他共済会が必要と認める書類

様式第 6 号（給付規程第 24 条関係）

同 意 書

令和 年 月 日

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

住 所

会員番号

氏 名

Ⓜ

私\_\_\_\_\_は、このたび貴共済会を脱会したことに伴い  
令和 年 月 日付で申請する脱会給付につきましては、一般財団法人地方競馬共済会  
給付規程第 24 条の規定に基づき脱会給付の金額が制限されることに同意いたします。

※この同意書に使用した印鑑の印鑑登録証明書を添付すること

委 任 状

令和 年 月 日

委任者の現住所

委任者の氏名

⑩

委任者の生年月日 昭和・平成 年 月 日

会員との関係 故 \_\_\_\_\_ の（ ）

私は \_\_\_\_\_ の死亡に係る一般財団法人地方競馬共済会の脱会給付ほかの給付申請ならびに受領に関する一切の権限を下記の者に委任します。

記

1. 受任者の氏名 \_\_\_\_\_

2. 受任者の生年月日 昭和・平成 年 月 日生

3. 受任者の現住所 \_\_\_\_\_

4. 委任者との関係 \_\_\_\_\_ （委任者から見た関係）

以上

（注1） 委任者が委任状に使用した印鑑の印鑑登録証明書を添付すること。

（注2） 委任者が未成年の場合は、委任者の他に「親権者の住所、氏名」を併記し、親権者が使用した印鑑の印鑑登録証明書を添付すること。

（注3） 委任者の戸籍全部事項証明を添付すること。

## 遺族給付等の受給者の指定申請書

年 月 日

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

〒 ー  
(申請者) 住 所  
氏 名 ⑩  
(Tel ー ー )

遺族給付等の給付を受ける者を指定したいので、一般財団法人地方競馬共済会給付規程第 13 条第 1 項の規定に基づき申請します。

会 員	フリガナ		性 別	男	生年	年 月 日
	氏 名			女	月 日	
	会 員 証 番 号		職 種		入 会 年 月 日	年 月 日
指 定 す る 者	フリガナ		性 別	男	生年	年 月 日
	氏 名			女	月 日	
	住 所					
	電 話 番 号					
	会 員 と の 関 係	配偶者・子・父・母・孫・祖父・祖母・兄弟姉妹・その他 (該当事項を○で囲むこと。)				

(添付資料)

1. この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書
2. 指定する者の戸籍個人事項証明書
3. 指定する者の会員との関係がその他の場合には、具体的な関係を記載した書類
4. その他共済会が必要と認める書類

# 診断書（傷害用）

一般財団法人地方競馬共済会 提出用

傷病者申告内容の詳細なご記入をお願いします。

	氏名	カルテNo.
傷病者	① 健保 ② 国保 ③ 労災 ④ 自由診療 ⑤ その他（ ）	男・女 生年月日 西暦 年 月 日
傷病名・外傷名または受傷部位・態様	前医または紹介医 無・有	治療期間： 年 月 日～ 年 月 日 傷病名： 医療機関名：
初診日 年 月 日	受傷日 年 月 日	画像診断 無・有（診療報酬点数画像診断区分番号 E - ）
受傷または発病の原因	「頸部症候群（むちうち症）」、「腰痛」その他の症状を訴えている場合には「医学的他所見」（注1）の有無、検査結果 X線 異常 無・有（ ） その他 異常 無・有（ ）	
初診から現在までの主要症状ならびに治療内容	イ 上記傷病と併行して行った治療の 無・有 （有の場合の傷病名： ） ロ 既往症の 無・有 （有の場合の傷病名： ） ハ 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 （ ）	
入院治療 年 月 日～ 年 月 日	手術名 診療報酬点数 手術区分番号	① (K・J) - - ② (K・J) - - 手術日 ① 年 月 日 ② 年 月 日
救急救命入院または集中治療室管理の有無 無・有（診療報酬点数特定入院料区分番号 A - ）	今回の傷病に関して実施した手術等の種類 創傷処理の場合 筋肉に <input type="checkbox"/> 達する <input type="checkbox"/> 達しない 植皮術の場合 <input type="checkbox"/> 25cm以上 <input type="checkbox"/> 25cm未満	
◆「ギプス等」（注2）を「常時装着」（注3）した期間	先進医療の実施 無・有	技術名 期間 年 月 日～ 年 月 日 受療者が負担した技術料 円
固定具名① <input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> 硬性コルセット <input type="checkbox"/> その他（ ）	オンライン診療日をご記入ください。 ( / ) ( / ) ( / ) ( / ) ( / ) ( / ) 通院治療日（往診日含む）に○印をつけてください。	
固定具を装着した部位① 長管骨 <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 橈骨・尺骨 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 脛骨・腓骨 脊柱 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙骨・尾骨 上・下肢の三大関節 ※長管骨を含めずに装着した場合は下欄「その他」にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> ひじ関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> ひざ関節 <input type="checkbox"/> 足関節 その他 <input type="checkbox"/> 肋骨・胸骨 ※鎖骨、肩甲骨は含みません。 <input type="checkbox"/> その他（ ）	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計 日 16 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 計 日 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	
常時装着期間① 年 月 日～ 年 月 日	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計 日 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	
固定具名② <input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> 硬性コルセット <input type="checkbox"/> その他（ ）	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計 日 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	
固定具を装着した部位② 長管骨 <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 橈骨・尺骨 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 脛骨・腓骨 脊柱 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙骨・尾骨 上・下肢の三大関節 ※長管骨を含めずに装着した場合は下欄「その他」にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> ひじ関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> ひざ関節 <input type="checkbox"/> 足関節 その他 <input type="checkbox"/> 肋骨・胸骨 ※鎖骨、肩甲骨は含みません。 <input type="checkbox"/> その他（ ）	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計 日 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	
常時装着期間② 年 月 日～ 年 月 日	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計 日 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	
◆「ギプス等」（注2）以外の固定具等の連続装着期間	医学的に通学・家事労働が全く不可能と判断された期間の有無 無・有 [ 年 月 日～ 年 月 日 ]	
固定具等名称	無・有 [ 年 月 日～ 年 月 日 ]	
固定具等を装着した部位	今後の入院・通院治療の有無 無・有	
連続装着期間 年 月 日～ 年 月 日	後遺障害残存見込 無・有 [内容： ]	

「頸部症候群（むちうち症）」、「腰痛」その他の症状を訴えている場合には「医学的他所見」（注1）の有無の詳細なご記入をお願いします。

複数の手術を実施した場合は全てのご記入をお願いします。

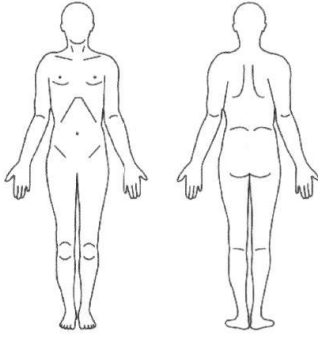
上記の通り診断します。 年 月 日  
所在地 〒 電話番号  
医療機関名  
診療科名 医師名 (印)

(注1)「医学的他所見」とは、理学的検査（視診・打診・聴診・触診）、神経学的検査（知覚検査・腱反射・筋力テスト等）、臨床検査（脳波、筋電図等の生理機能検査）、画像検査（レントゲン・CT・MRI）等により認められる異常所見を指します。  
(注2)「ギプス等」とは、ギプス、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、シーネその他これらに類するもの（※）をいいます。  
(※) 硬性コルセット、創外固定器、その他医学上ギプスと同程度の安静を保つために用いるものをいい、バスター、頸椎カラー、厚紙副子、ニーブレース等は含まれません。  
(注3)「常時装着」には、「入浴時のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴時および就寝時のみ取り外す」等の状態を含みます。

様式第10号（給付規程第16条および特別給付規程第15条関係）

後遺障害診断書

一般財団法人地方競馬共済会 行

氏名			男・女	● 記入にあたってのお願い 1. この用紙は、共済給付における後遺障害認定のためのものです。事故に起因した精神・身体障害とその程度について、できるだけ詳しく記入してください。 2. 歯牙障害については、歯科後遺障害診断書を使用してください。 3. 後遺障害の等級は記入しないでください。		
生年月日	年 月 日( 歳)					
住所			職業			
受傷日時	年 月 日		症状固定日	年 月 日		
当院入院期間	自 年 月 日 ( )日 至 年 月 日 ( )日		当院通院期間	自 年 月 日 実治療日数 至 年 月 日 ( )日		
傷病名			既存障害	今回事故以前の精神・身体障害： 有・無 (部位・症状・程度)		
自覚症状						
各部位の後遺障害の内容 (各部位の障害について、該当項目の有・無に○印をつけ①の欄を用いて検査値等を記入してください)						
① 他覚症状および神経の検査結果	知覚・反射・筋力・筋萎縮など神経学的所見や知能テスト・心理テストなど精神機能検査の結果も記入してください X-P・CT・EEGなどについても具体的に記入してください 眼・耳・四肢に機能障害がある場合もこの欄を利用して、原因となる他覚的所見を記入してください					
						
② 胸部・泌尿器・生殖器の障害	各臓器の機能低下の程度と具体的症状を記入してください 生化学検査・血液学的検査などの成績はこの欄に簡記するか検査表を添付してください					
③ 眼球・眼瞼の障害	視力		調節機能		視野	眼瞼の障害
	裸眼	矯正	近点距離・遠点距離	調節力		
	右		cm	cm ( )D	(視野表を添付してください)	
	左		cm	cm ( )D		
眼球運動	注視野障害 (全方向1/2以上の障害)		右 複視 左	イ. 正面視 ロ. 左右上下視		
眼症状の原因となる前眼部・中間透光体・眼底などの他覚的所見を①の欄に記入してください						(図示してください)

④ 聴力と耳介の障害	オーディオグラムを添付してください				耳介の欠損		⑤ 鼻の障害		⑦ 醜状障害 (採皮痕を含む)			
	イ. 感音性難聴 (右・左) ロ. 伝音性難聴 (右・左) ハ. 混合性難聴 (右・左)		聴力表示 イ. 聴力レベル ロ. 聴力損失		イ. 耳介の1/2以上 ロ. 耳介の1/2未満		イ. 鼻軟骨部の欠損 (右⑦欄に図示してください) ロ. 鼻呼吸困難 ハ. 嗅覚脱失 ニ. 嗅覚減退		1. 外ぼう 2. 上肢 イ. 頭部 口. 顔面部 ハ. 頸部 3. 下肢 4. その他			
	検査日		6分平均		最高明瞭度		右・左		⑥ そしゃく言語の障害			
	第1回		右	dB	dB	%						
	第2回		右	dB	dB	%						
	第3回		右	dB	dB	%	原因と程度 (摂食可能な食物、発音不能な語音などを左面①欄に記入してください)		(大きさ、形態等を図示してください)			
	第1回		左	dB	dB	%						
	第2回		左	dB	dB	%						
	第3回		左	dB	dB	%						
	⑧ 脊柱の障害	圧迫骨折・脱臼(椎弓切除・固定術を含む)の部位				イ. 頸椎部		ロ. 胸腰椎部		⑨ 体幹骨の変形		
X-Pを添付してください				前屈 度		後屈 度		イ. 鎖骨 二. 肩甲骨 ロ. 胸骨 ホ. 骨盤骨 ハ. 肋骨 (裸体になって分かる程度) X-Pを添付してください				
⑩ 上肢・下肢および手指・足指の障害	短縮		右下肢長 cm		(部位と原因)		長管骨の変形		イ. 偽関節 (部位) ロ. 変形癒合			
	縮		左下肢長 cm						X-Pを添付してください			
欠損 (離断部位を指示してください)	上肢 (右)		上肢 (左)		下肢 (右)		下肢 (左)		手指 (右)		手指 (左)	
	関節名		運動の種類		他動		自動		関節名		運動の種類	
					右 左		右 左				右 左	
					度 度		度 度				度 度	
障害内容の増悪・緩解の見通しなどについて記入してください												
上記のとおり診断いたします。												
診断日				年 月 日				所在地 名称				
診断書発行日				年 月 日				診療科 医師氏名				



## 主な「固定具の種類」のご説明



固定具の種類	ご説明
ギプス	一般的には石膏ギプスをいい、速乾性の石膏を包帯等に塗布して患部の固定力を高めます。なお、最近では水硬性樹脂を含んだグラスファイバーでできたプラスチックギプスが主流となりつつあります。
シーネ	「副木・副子・添え木」のことをいいます。それらを当てた上から包帯等を巻いて、患部を固定するために使用します。
ギプスシーネ	ギプスの材料で作った「副木・副子・添え木」を四肢に当てて固定するものをいいます。
ギプスシャーレ	ギプスを半分に切り、「皿」と「ふた」にしたものをいいます。処置を行うときは「ふた」を外し、それ以外のときは「ふた」をして包帯等を巻きつけて、患部を固定します。
創外固定器	身体の外から骨に太いピンを通し、これを金属棒で連結したものをいいます。
硬性コルセット	脊柱を完全に固定するものをいいます。

※装具は身体の一部を外部から支えて関節の動きを制限したり、保護することで、変形の矯正、関節運動の補助、疼痛の軽減などを図る医療用具として固定具には含みません。

## 用語のご説明

集中治療室管理等	公的医療保険制度における医科診療報酬点数表において、次のいずれかの算定対象となる診療行為をいいます。 ・救命救急入院料 ・集中治療室管理料(医科診療報酬点数表において列挙されている名称中に「集中治療室管理料」を含むもの)
オンライン診療	公的医療保険制度における医科診療報酬点数表におけるオンライン診療料の算定対象となる診療行為をいいます。

診察券コピー貼り付け位置（2つ以上の医療機関で治療された場合にご利用ください。）

<p style="font-size: small;">治療を受けられた医療機関(通院治療の場合は通院日を表面に△印でご記入された医療機関)について、貼り付けまたはご記入ください。</p>	<p style="font-size: small;">治療を受けられた医療機関(通院治療の場合は通院日を表面に□印でご記入された医療機関)について、貼り付けまたはご記入ください。</p>
<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">  <p style="font-size: x-small;">&lt;診察券がない場合にはこの欄にご記入ください。&gt;</p> </div> <p style="font-size: x-small;">医療機関名： _____</p> <p style="font-size: x-small;">電話番号：           —           —</p> <p style="font-size: x-small;">所在地：〒 _____</p> <p style="font-size: x-small;">診療科名： _____ 科</p> <p style="font-size: x-small;">医師名： _____</p>	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">  <p style="font-size: x-small;">&lt;診察券がない場合にはこの欄にご記入ください。&gt;</p> </div> <p style="font-size: x-small;">医療機関名： _____</p> <p style="font-size: x-small;">電話番号：           —           —</p> <p style="font-size: x-small;">所在地：〒 _____</p> <p style="font-size: x-small;">診療科名： _____ 科</p> <p style="font-size: x-small;">医師名： _____</p>

上記の欄で不足する場合には、以下の余白部分に貼り付けまたはご記入ください。