

治療状況報告書

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金熊本県支部長 様

所 属 _____

氏 名 _____

私の認定請求傷病に係る治療状況について下記のとおり報告します。
記

療養の状況	初診日	年 月 日	共済組合員証等 使用の有無	1 使用(3割自己負担) 2 不使用 (10割自己負担 / 支払保留) 3 その他()		
	療養状況	☐ 療養終了 / [最終通院日] 令和 年 月 日				
		☐ 療養継続中 / 1 自宅療養 2 入院 3 通院 治ゆの見込み 令和 年 月頃				
年月日		症状等(自覚症状・勤務状況等)		医療機関・手当等 (医療機関名及び投薬・検査・手術等の治療内容)		

注1 原則として日単位で記入。長期にわたるときは、適宜週又は月単位で記入する。
注2 「症状等」欄は、痛み等の自覚症状が体のどの部分にどの程度あったか、及び勤務状況(出勤の有無等)を記入する。
注3 「医療機関・手当等」欄は、医療機関名とその通院状況及び治療内容を記載する。
なお、医療機関名は必ず **転医する毎に** 記入すること。