

添付書類の記載例

支部様式第2号

治療状況報告書

令和〇年〇月〇日

地方公務員災害補償基金熊本県支部長 様

所属 〇〇課 〇〇係
氏名 熊本 太郎

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	令和〇年〇月〇日	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 〇年 〇月頃		
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)
令和〇年〇月〇日		負傷 右足関節部が赤く腫れ、痛みがある		〇〇整形外科受診 レントゲン検査 ギプス固定
令和〇年〇月〇日		歩行困難のため自宅療養する		
令和〇年〇月〇日				通院 ギプスを外し補装具固定
令和〇年〇月〇日		出勤する 無理な作業ができないため事務作業のみ行う 負担をかけると少し痛みがある		
令和〇年〇月〇日				〇〇リハビリテーション病院へ転医 リハビリを開始する

医療機関受診
時における共
済使用の有無
を記入してく
ださい。

通院が終了し
ている場合は、
最終通院日を
記入してくだ
さい。

療養中の場合
は、治ゆが見
込まれる時期
を記入してく
ださい。

「症状等」の欄には、
自覚症状の程度及び
勤務状況（出勤の有
無等）を記入してく
ださい。

「医療機関・手当
等」の欄には、医
療機関名と通院状
況・治療内容を記
入してください。

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。

※記載上の注意

①認定請求時における初診日からの療養状況について記載してください。

②通院状況、勤務状況、治ゆの見込み等について、傷病の程度が分かるように詳細に記載してください。

③医療機関を変更した場合は、必ず転医日及び転医先の医療機関名を記載してください。