

治 療 状 況 報 告 書

令和 年 月 日 現在

被保険者(報告者)氏名		印	
治 療 状 況	この事故で医師の 治療を受けましたか	う け た ・ う け な い	
	医 療 機 関	名 称	
		所 在 地	TEL ()
	支 払 方 法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自 費 ・ その他 ()	
	治 療 開 始	令 和 年 月 日 入 院 ・ 通 院	
	転 帰	(令 和 年 月 日 現 在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治 癒 ・ 中 止	
	入院治療期間	入 院 自 令 和 年 月 日 ～ 令 和 年 月 日 通 院 自 令 和 年 月 日 ～ 令 和 年 月 日	
	後 遺 症	あ る ・ あ る 見 込 ・ な い ・ な い 見 込	
治 療 見 込	令 和 年 月 日 から 約 日 ぐ ら い 月		

※ これから下の欄は記入する必要ありません。

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支 給 年 月 日	備 考
療養の給付	円	自 日間 至		
療 養 費	円	マッサージ、コルセット 柔道整復施術、輸血		
傷病手当金	円	自 日間 至		
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			