

黄色の欄・個所を全てご記入ください。
 (無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)

(3)

治 療 状 況 報 告 書

令和 年 月 日 現在

被保険者(報告者)氏名		健保 太郎 印	
治療状況をうけたとき	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・ うけない
	治療機関	名称	〇〇〇〇〇〇病院
		所在地	〇〇市 〇〇町 〇〇〇〇 ^{〒(〇〇〇)} 〇〇〇-〇〇〇〇
	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)	
	入院治療期間	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 至 日間		
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 至 日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			