|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　地方公務員災害補償基金広島県支部長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被災職員）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　私の認定請求傷病に係る治療状況について、次のとおり報告します。 |
| 医療機関 |  | 報告期間 | 　　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 年月日 | 　年　　月 | 　年　　月 | 　年　　月 | 　年　　月 | 　年　　月 | 　年　　月 |
| 1 | 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 | 入院 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 通院 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |

〔注意事項〕　受診医療機関が２以上ある場合は、それぞれの医療機関ごとに作成すること。

〔記入要領〕　○　………　入院した日

　　　　　　　△　………　通院した日

　　　　　　　×　………　治ゆした日