|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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