

○ 疾病により医療機関を受診した場合には、必ず添付してください。
○ 受診医療機関が2以上ある場合や同一の病院で診療科が異なる場合には、それぞれ作成してください。

治療状況報告書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

所 属 〇〇市〇〇部〇〇課
(被災職員)

氏 名 〇〇〇〇

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		〇〇病院〇〇科			報告期間			令和〇〇年4月24日から 令和〇〇年6月2日(報告日)まで			
年月 日		〇年4月		〇年5月		〇年6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	7	日		日		日		日		日
	通院	1	日	1	2日	1	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
× …… 治癒した日