療 養 の 現 状 に 関 す る 資 料

（記載例）

1　治療を受けている、又は、受けていた医療機関について

	医療機関名	療養期間	入院・通院の別
①	○○病院	３０ 年 ７ 月 ２ 日 ～ 年 月 日	☑入院 □通院
②		年 月 日 ～ 年 月 日	□入院 □通院
③		年 月 日 ～ 年 月 日	□入院 □通院
④		年 月 日 ～ 年 月 日	□入院 □通院

2　上記１の治療について

☑　病院に請求を待ってもらっている

□　共済組合員証（健康保険証）を使用

□　自賠責保険を使用

□　相手方等が治療費を負担

□　その他（　　）

3　既に、治ゆ又は症状固定となっている場合は、次に署名、押印のうえ、記載してください。
（この場合、治ゆ報告書の提出は不要です。）

被災職員氏名　　印

災害発生年月日　　平成　　年　　月　　日

傷　病　名

治ゆ年月日　　平成　　年　　月　　日

障害の有無　　有　・　無

障害の状況（障害有の場合）

注　複数の医療機関を受診した場合は、医療機関の変更届も添付してください。