

治療の状況

治 療 状 況	この事故で医師の治療 をうけましたか		う け た ・ う け な い	
	治 療 を 受 け た	医 療 機 関	名 称	
			所 在 地	TEL
	と き	支 払 方 法	健康保険・加害者負担・自 費・その他 ()	
		治 療 開 始	年 月 日 入 院 ・ 通 院	
	け た と き	転 帰	年 月 日現在 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治 癒 ・ 中 止	
		入 院 治 療 機 関	入院 自 年 月 日 ～ 至 年 月 日 通院 自 年 月 日 ～ 至 年 月 日	
	況	後 遺 症	あ る ・ ある見込 ・ な い ・ ない見込	
治 療 見 込		年 月 日から約 ぐらい		



この欄は記入する必要がありません

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 _____ 日間 至 _____		
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 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
合 計	円			