

医療報告書

※該当番号を○で囲む

注 通院実日数・入院日数の合計日数が9日以上になり、様式8の診断書を使用される場合は医療報告書の治療期間の欄は記入不要です。2ヶ所以上の病院にかかる場合は、病院毎に作成願います。

| | |
|---------------|-----------|
| 健康保険 の 種 類 | 1 国民健康保険 |
| | 2 社会健康保険 |
| | 3 その他 () |

| | | |
|---|--|--|
| 負傷者氏名 | フリガナ | T・S・H 年 月 日 () 歳 男・女 |
| 負傷した身体 の 部 分 と ケガの状態 | | |
| 負傷日時 | 平成 年 月 日 曜 (午前・午後) 時 分頃 | |
| 治療期間 治療期間が この用紙で 不足の場合 は用紙の枚 数をふやし てください。 | 通院治療○印、入院治療△印を記入してください。 | |
| | (通院期間) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 |
| | 平成 年 日から | 月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
| | 平成 年 日まで | 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 |
| | 実通院日数 日 | 月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
| | (入院期間) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 |
| 平成 年 日から | 月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | |
| 平成 年 日まで | 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 | |
| 実入院日数日 日 | 月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | |
| 実通院入院の合計 | 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 | |
| | 月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | |
| 病 院 | 名 称 | 病院 電話 () 医院 |
| | 所在地 | 都 道 市 町 村 府 県 区 郡 |
| | 医師名 | 医師 () 科) |

上記事実と相違ないことを確認し、申告いたします。

なお、本件について県P連安全互助会が必要とする事項を、病院等へ調査照会することを承諾します。

平成 年 月 日

加入者 住 所 _____

(負傷者) 氏 名 _____ 印