

記 入 例

医 療 報 告 書

①

※本人において記載

PTAの名称	沖縄小学校PTA		学校 TEL	098-888-1234																
負傷者	フリガナ	オキナワ ハナコ		生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日 (47 才) 男 ・ 女															
	氏名	沖縄 花子																		
傷病名	捻挫																			
負傷した部分とケガの状態	右足首の捻挫で支えがないと歩行ができない。																			
初診年月日	令和 4 年 6 月 2 日			通院日に○印を記入してください。																
診 療 期 間	通院期間	11 日間		6 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		17	18		19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	通院実日数	3 日間		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		17	18		19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
間	令和 3 年 6 月 2 日			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	～ 令和 3 年 6 月 12 日				17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
令和 4 年 6 月 12 日			医療機関	名称	沖縄県立那覇病院															
治ゆ・中止				所在地	那覇市あけぼの町2-3-4															
				TEL	098-888-3456															
<p>上記事実と相違ないことを確認し、申告いたします。 なお、本件について当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。</p> <p>令和 4 年 6 月 15 日</p> <p>PTA名 沖縄小学校PTA</p> <p>(負傷者名) 沖縄 花子 印</p>																				

※ 通院実日数が6日以内は、この様式を使用して下さい。

※ 領収書を添付して下さい。

※ いただいた個人情報、共済約款の管理及び履行のために利用いたします。共済契約履行のために審査等関係先に提供することがあります。