

医 療 報 告 書

①

※本人において記載

PTAの名称		学校 TEL																
負傷者	フリガナ	生年月日	年 月 日 (才) 男・女															
	氏名																	
傷病名																		
負傷した部分 とケガの状態																		
初診年月日	令和 年 月 日	通院日に○印を記入してください。																
診 療 期 間	通院期間	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	
	通院実日数	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
	令和 年 月 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	～ 令和 年 月 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	令和 年 月 日	医療 機 関	名 称															
	治 ゆ ・ 中 止		所在地															
			TEL															
<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 style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">PTA 名</p> <p style="text-align: center;">(負傷者名) _____ (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。