

治 療 状 況

この事故で医師の 治療を受けましたか	<input checked="" type="radio"/> うけた ・ <input type="radio"/> うけない		
治療を受けたとき	医療機関	名称	〇〇 外科医院
		所在地	東京都〇〇区 〇△町4-8-7
	支払方法	<input checked="" type="radio"/> 健康保険 ・ <input type="radio"/> 加害者負担 ・ <input type="radio"/> 自費 ・ <input type="radio"/> その他()	
	治療開始	令和 元 年 5 月 20 日 <input checked="" type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 通院	
	転 帰	(令和 年 月 日現在)	
		<input type="radio"/> 現在入院中 ・ <input type="radio"/> 通院加療中 ・ <input checked="" type="radio"/> 治癒 ・ <input type="radio"/> 中止	
	入院治療期間	入院 自 令和 元 年 5 月 20 日 ~ 至 令和 元 年 5 月 23 日	
		通院 自 令和 元 年 5 月 24 日 ~ 至 令和 元 年 5 月 30 日	
後 遺 症	<input type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ある見込 <input checked="" type="radio"/> ない ・ <input type="radio"/> ない見込		
治療見込	令和 元 年 5 月 20 日から約 10 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">月</div> <div style="text-align: right;">ぐらい</div>		

◇
この欄は記入する必要はありません

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 至 日間		
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 至 日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			