参考様式第７号

**療 養 状 況 報 告 書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 認定  番号 |  |
| 地方公務員災害補償基金山形県支部長　様  　　　　　　年　　月　　日に発生した災害の療養状況について報告します。  　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　 　　 氏　　名 | | | | | | |
| 傷  病  名 | 認定時の傷病名 | | |  | | |
| 上記のうち現在受診中のもの | | |  | | |
| 傷病の現状 | | 日常生活との関係 | |  | | |
|  | | |
| 勤 務 の 状 況 | |  | | |
|  | | |
| そ の 他 | |  | | |
|  | | |
| ★  療 養 方 法 | | | (1) 入 院 | ア　入 院 中　　　イ　入院したことがある　　　ウ　な　　し | | |
| (2) 通 院 | ア　通 院 中　　　イ　通院していない | | |
| (3) そ の 他 |  | | |
| 医 療 機 関 名 | 入 院 （入院期間　 ～ ） | | |
| 通 院 （報告前１か月診療実日数　　　日） | | |
| ★  現在の  治 療 内 容 | | | (1)診　察　　(2)投　薬　　(3)検　査　　(4)注　射　　(5)湿布･包帯交換等  　(6)リハビリテーション　(7)レントゲン　(8)その他(　　　　　　　　　　　　) | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 今後の療養  の見込み  (治ゆの時期等) |  |
|  |
|  |
|  |
| ★治 療 費 | (1)基金あて請求(請求済)　(2)共済組合員証等使用　(3) その他（　　　　　　　　　） |
| 所属長確認 | 年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　 　所　　属  　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名 |

(注) ★欄は、該当事項に○印を付してください。