支部様式第19号

療　養　経　過　報　告　書

この報告書は　　　　年　　月中（第１回目）及び　　　　年　　月中（第２回目）に提出してください。ただし、それ以前に別添の「治ゆ報告書」を提出した場合には、この報告書は提出する必要はありません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 認定番号 |  | － |  |
| 　１　被災職員に関する事項 |
|  | 所　属　団　体 |  | 所　属　部　局 |  |  |
| 職　　　　　名 |  | 氏　　　　　名 |  |
| 災害発生年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 療養開始年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 認定傷病名 |  |  |
|  |
|  |
| 診療機関名等 | 診 療 機 関 名 | 所　　　在　　　地 | 電　　　話 | 診 療 費支払方法 |
|  |  |  | ※ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 　※　診療費支払方法欄（下記の記号で記入のこと。）　　加害者等が負担している場合は……「ａ」　　　 　共済組合員証を使用している場合は「ｄ」　　自分で負担している場合は…………「ｂ」　　 　　基金が支払っている場合は…………「ｅ」　　自賠責保険等で支払っている場合は「ｃ」　２　　　　　　年　　　月　　　日現在の状況 |
|  |
| 　　　　療養中 |
| 　　　　後遺障害を遺して治ゆしている（被災前の状態に回復していない。） |
| 治ゆ年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 　　　　後遺障害を残さず完全治ゆしている（被災前の状態に回復している。） |
| 治ゆ年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　３　 |  | 年 |  | 月 |  | 日現在の療養状況（２の「療養中」該当者は記載を要する｡） |
| 　（１）入・通院の別 |
| 　　　　　　入院中 |
| 　　　　　　通院中　　通院の頻度 |  |
| 　　　　　　　　　　　通院の方法 |  |
| 　（２）現在の治療内容 |  |
|  |  |
|  |
| 　（３）現在の症状 |  |
|  |  |
|  |
| 　（４）現在の勤務状況 |  |
|  |  |
|  |
| 　（５）治ゆ見込み年月日　　 |  | 年 |  | 月 |  | 日ごろ　**※必ず記載してください** |
| 　（６）治ゆ時の後遺障害残存見込み |
| 　　　　　　残存しない。 |
| 　　　　　　残存する。 | 部位 |  |
|  | 程度 |  |
|  |
| 　療養経過について上記のとおり報告します。 |
|  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |
|  | 被災職員氏名 |  |  |  |
| 　上記のとおり報告がありましたので提出します。 |
|  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |
|  | 所属長職・氏名 |  |  |  |
| 　地方公務員災害補償基金千葉県支部長　様 |

〔注意事項〕

　この報告書は被災職員が記載願います。