

熊本県PTA共済・負傷共済・施術状況報告書（保険内）

PTA名称		被災者氏名			
医療保険等の種類（必ずご記入ください）			被保険者		年齢
社保 国保 共済等 公費 交通事故			本人 家族		性別 男 女
今回の事故が直接の原因となった傷病名および発生日				転帰	
①	発生日		治癒 繰越 転医 中止		
②	発生日		治癒 繰越 転医 中止		
③	発生日		治癒 繰越 転医 中止		
④	発生日		治癒 繰越 転医 中止		
今回の事故にかかる施術期間				施術実日数	
年 月 日 ~			年 月 日		通院 日
今回の傷病に関連する既往症の有無および傷病名				有 無	
(傷病名)					
初回時の状況 及び施術の 経過と転帰 (具体的に記入)					
施術に要した診療報酬点数（外来分）					
施術月	保険点数	施術月	保険点数	施術月	保険点数
月分	点	月分	点	月分	点
月分	点	月分	点	月分	点
月分	点	月分	点	月分	点
月分	点	月分	点	月分	点
月分	点	月分	点	月分	点
今回の事故により受診した 医療機関の名称（必須）					
本施術状況報告書の文書料（必ず領収書添付のこと）				円	
上記のことは事実と相違ないことを証明します。					
年 月 日					
施術所所在地及び名称 施術者氏名					
印					