

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	性別	
社保	国保	共済等	公費	交通事故	本人	家族		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		点
月分	点		月分	点		月分	点		点
月分	点		月分	点		月分	点		点
月分	点		月分	点		月分	点		点
月分	点		月分	点		月分	点		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									
									