

## 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	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	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						㊟	