

治療状況 (治療順)	①	病院名		入院	年 月 日から 年 月 日まで	※支払区分 ()	
		所在地		通院	年 月 日から 年 月 日まで	※支払区分 ()	
	②	病院名		入院	年 月 日から 年 月 日まで	※支払区分 ()	
		所在地		通院	年 月 日から 年 月 日まで	※支払区分 ()	
	③	病院名		入院	年 月 日から 年 月 日まで	※支払区分 ()	
		所在地		通院	年 月 日から 年 月 日まで	※支払区分 ()	
	※支払区分：ア 健康保険使用（窓口で支払 有） イ 自費（全額自己負担） ウ 加害者負担 エ 健康保険使用（窓口で支払 無） （わからない場合は医療機関に確認して下さい）						
	治癒見込み：平成・令和 年 月頃				治療終了日（最終受診日）：平成・令和 年 月 日		

示談の状況・損害賠償の支払状況	・示談又は和解：平成・令和 年 月 日現在（ 成立した ・ 交渉中 ）					
	示談・話合いの具体的状況：					
	・示談又は和解をしない（請求権放棄）：理由（ ）					
	加害者や加害者の損害保険会社から、仮渡金・治療費・付添料などを受けた場合下記に記入して下さい ※受けていない場合は、記載不要です					
	賠償金の名目：		円	平成・令和	年 月 日	受領
	賠償金の名目：		円	平成・令和	年 月 日	受領
賠償金の名目：		円	平成・令和	年 月 日	受領	
休業補償	休業（治療）中の休業補償の方法（記号に○をつけて下さい）※休業しない場合は記載不要です ア 加害者が負担 イ 職場から支給 ウ 相手の自賠責へ請求 エ 自分の人身傷害保険へ請求 オ 健康保険の傷病手当金を請求予定 オ その他（ ）					