記　入　例

治療状況（治療順）						
	①	病院名	◇◇病院	入院	28年1月1日から28年2　月3日まで	※支払区分（　ウ　）
		所在地	東京都台東区△△－2	通院	年　月　日から　年　月　日まで	※支払区分（　　）
	②	病院名	□□クリニック	入院	年　月　日から　年　月　日まで	※支払区分（　　）
		所在地	東京都江東区〇〇１－１	通院	28年3月1日から28年5月3日まで	※支払区分（　ア　）
	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：　令和　　年　　月頃			治療終了日（最終受診日）：令和　年　月　日		

不明な場合は記入不要

示談の状況・損害賠償の支払状況			
	・示談又は和解：　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		
	賠償金の名目：	円	令和　　年　　月　　日 受領
	賠償金の名目：	円	令和　　年　　月　　日 受領
	賠償金の名目：	円	令和　　年　　月　　日 受領
休業補償	休業（治療）中の休業補償の方法（記号に〇をつけて下さい）※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（　　）		

受取済なものがあればご記入ください。

※治療が終了し、示談等が成立している場合は、示談書（写し）も送付してください。