

# 記入例

(1-3)

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：平成 年 月 頃				治療終了日（最終受診日）：平成 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：平成 年 月 日現在（ 成立した ・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">交渉中</span>					
	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					
	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">受取済なものがあればご記入</div>					
	賠償金の名目： <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ください。</span> 円 平成 年 月 日 受領					
賠償金の名目： 円 平成 年 月 日 受領						
賠償金の名目： 円 平成 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 ㊦ 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（ ）					

※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。