

療養経過報告書（公務・通勤災害）

組 合 員 証 番 号				所 属 所 名		
組 合 員 名				災 害 発 生 年 月 日		
組合員証の使用について	公務・通勤災害による療養については					
	1 組合員証を使用して診療をうけた イ 年 月から 年 月まで完了するまで使用した。 ロ 年 月から 年 月まで使用したが、公務災害に認定されたので、その旨を医療機関に申し出をし 年 月から組合員証を使用しないことにした。 2 組合員証を使用しないで療養をうけた。					
	上記1の番号に○をつけた方は、次の事項に回答してください。 （2に○をつけた方は、次の回答は必要ありません。）					
診療経過について 1～3のうち該当する番号を○で囲み、診療年月日、医療機関名を記入してください。	1 完治した		2 治療中		3 その他	
	入院・外来の別	診 療	年	月	日	医 療 機 関 名
	入 院	自	年	月	日	
		至	年	月	日	
	外 来	自	年	月	日	
		至	年	月	日	
	(注) 診療日について不明な場合、大体で結構です。					
以上のとおり報告します。 公立学校共済組合宮城支部長 年 月 日 組合員氏名						
上記事項は、事実と相違ないことを認めます。 年 月 日 所属所名 所属所長					所属所長経由欄（受付印） 	