交通・傷害事故給付申請用

むちうち症・腰痛の場合、他覚症 状の有無を詳細にご記入ください。

(ケガの場合)

傷病者     住所     カルテNo.       氏名     男) 女     年 月 日       傷病名および受傷部位・態様       初診日     年 月 日 発病日または受傷日     年 月	<i>t</i> .
(男) 女 年 月 日 傷病名および受傷部位・態様	<i>t</i> L.
	生 ———
初 診 日 年 月 日 発病日または受傷日 年 日	
	日
発病または受傷の原因(傷病者申告の内容を詳細にご記入ください。)	
初診から現在までの主要症状並びに治療内容	
当該傷病の治療歴 むち打ち症・腰痛の場合の他覚症状 (レントゲ (有の場合 病院名: ) 筋電図など器質的変化) の有無、検査結果 (治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日) ※必ずご記入ください。	ン・脳波
既往症 X 線 異常 (有) (無) (	)
(有の場合 傷病名: ) その他 異常 (有) 無) (	)
入院治療期間 通院治療期間(うち治療日数	目)
年月日~ 年月日 年月日~ 年月	日
自宅療養期間(傷害による就業不能または、登校不能、 家事労働不能-交通事故のみ) 治療の状況	
	転医
年月日~ 年月日 年月日治癒 継続 中止	
	ください。
<ul> <li>・術診療報酬点数800点以上の場合は記入ください。</li> <li>手術見舞金 ①検査・処置は含みません。②枝番・項番までご記入ください。③診療報酬点数に加算点数は含めず表記して今回の傷病に関して K・歯科J コード番号ー(枝番)項番 診療報酬点数 手 術 名 実施年</li> </ul>	
	月日
F術診療報酬点数800点以上の場合は記入ください。         手術見舞金       ①検査・処置は含みません。②枝番・項番までご記入ください。③診療報酬点数に加算点数は含めず表記して今回の傷病に関して実施した         K・歯科J       コード番号ー(枝番)項番       診療報酬点数       手術名       実施年月日本         メコード       「ド・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	月日日
「術診療報酬点数800点以上の場合は記入ください。         手術見舞金       ①検査・処置は含みません。②枝番・項番までご記入ください。③診療報酬点数に加算点数は含めず表記して	月日日月日日月日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日
術診療報酬点数800点以上の場合は記入ください。  手術見舞金 ①検査・処置は含みません。②枝番・項番までご記入ください。③診療報酬点数に加算点数は含めず表記して Pienの傷病に関して K・歯科J コード番号ー(枝番)項番 診療報酬点数 手 術 名 実施年	月月 日 月 日 月 日 16 計
<ul> <li>術診療報酬点数800点以上の場合は記入ぐださい。</li> <li>手術見舞金 ①検査・処置は含みません。②枝番・項番までご記入ください。③診療報酬点数に加算点数は含めず表記して NDOの傷病に関して K・歯科J コード番号ー(枝番)項番 診療報酬点数 手 術 名 実施年 スプード K ・ J ー( ) 点 年 アード 診療報酬点数 (K・ J ー( ) 点 年 東 通 院 治 療 日(○をつけてください)</li> </ul>	月日 月 日 月 日 月 日 日 日
・	月日 月 日 月 日 月 日 日 日
### 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	月日 月 日 月 日 16 計 日
<ul> <li>「新診療報酬点数800点以上の場合は記入ください。②技番・項番までご記入ください。③診療報酬点数に加算点数は含めず表記してき値した</li> <li>「大田一ド」</li> <li>「大田本」」</li> <li>「大田本」」</li></ul>	月月 月 月 月 月 月 日 16 計 日 16 計 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日
## 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 16 計 年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 16 計 年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 16 16 16 16 16 16	月月 月 月 月 月 月 日 16 計 日 16 計 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日

所 在 地 電話番号 病院名 診療科目 医 師 名