|  |  |
| --- | --- |
| 所属団体名 |  |
| 被災職員名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 医療機関名 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 初診年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 紹介状の有無 | ①　　あり　　　②　　なし |
| 公務（通勤）災害の告知の有無 | 医療機関に公務（通勤）災害であることを①　　告げた　　　　　　　　　②　　告げていない |
| 診断書の発行 | ①　　発行してもらった　　　　②　　発行してもらわなかった |
| 診断書料 | ①　　支払った　　　　　　　　②　　支払っていない |
| 薬 | ①　　薬なし　②　　医療機関で受け取った③　　処方せんにより、薬局で受け取った　　　薬局名　　　所在地 |
| 治療費 | ①　　支払っていない②　　全額支払った（共済組合員証、健康保険は使用しなかった）③　　共済組合員証、健康保険を使用して自己負担分を支払った④　　その他 |
| 薬剤費 | ①　　支払っていない②　　全額支払った（共済組合員証、健康保険は使用しなかった）③　　共済組合員証、健康保険を使用して自己負担分を支払った④　　その他 |

受診状況報告書

（注）１．報告書は医療機関ごとに作成してください。

２．該当する番号に○印を付してください。

**※ 医療上又は勤務上必要と認められない自己都合による転医の場合等は、初診料、各種検査料等の転医前の病院と重複する部分は補償の対象となりません。**

**※ 一つの医療機関に通院していながら医学的にその必要がないのに別の医療機関に通院するような場合についても、重複診療となるため、療養補償の対象となりません。**