

療 養 状 況 一 覧 表

被災職員氏名： _____ 災害発生日： _____ 年 月 日 記入日： _____ 年 月 日 時点

医療機関名	年度		年度										診断傷病名 及び 治療内容（今後の治療予定）	転医 届の 有無	療養費の 支払状況			
	月		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1				2	3	
	通 院	期間														診断傷病名 治療内容（今後の治療予定）	有	① 共済を使用せず、全額 自費で支払った ② 共済を使用して3割負担 分を支払った ③ 支払をしていない
		頻度															無	
	入院 期間																	
	通 院	期間														診断傷病名 治療内容（今後の治療予定）	有	① 共済を使用せず、全額 自費で支払った ② 共済を使用して3割負担 分を支払った ③ 支払をしていない
		頻度															無	
	入院 期間																	
	通 院	期間														診断傷病名 治療内容（今後の治療予定）	有	① 共済を使用せず、全額 自費で支払った ② 共済を使用して3割負担 分を支払った ③ 支払をしていない
		頻度															無	
	入院 期間																	
	通 院	期間														診断傷病名 治療内容（今後の治療予定）	有	① 共済を使用せず、全額 自費で支払った ② 共済を使用して3割負担 分を支払った ③ 支払をしていない
		頻度															無	
	入院 期間																	
当該災害に係る 休暇の取得状況																		

記入に際し裏面の記載例をご覧ください。

療 養 状 況 一 覧 表

被災職員氏名： 奈良 太郎

災害発生日： 令和 2年 5月 15日

記入日： 令和 3年 3月 1日時点

医療機関名	年度		2 年度											診断傷病名 及び 治療内容（今後の治療予定）	転医 届の有 無	療養費の 支払状況		
	月		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2				3	
まほろば病院	通 院	期間			14	—————		8								診断傷病名 腰椎椎間板ヘルニア 治療内容（今後の治療予定） 腰椎椎間板ヘルニアに対す る手術を実施	有 無	① 共済を使用せず、全額 自費で支払った ② 共済を使用して3割負担 分を支払った ③ 支払をしていない
		頻度			2回/週	1回/週	1回/週	1回/週										
	入院 期間		15	—————	13													
若草整形外科	通 院	期間						1	—————	28	5,19	20			18	診断傷病名 腰椎椎間板ヘルニア 治療内容（今後の治療予定） 術後のリハビリを実施	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無	① 共済を使用せず、全額 自費で支払った ② 共済を使用して3割負担 分を支払った ③ 支払をしていない
		頻度							1回/週	1回/週								
	入院 期間																	
当該災害に係る 休暇の取得状況				15	—————						5,19 年休	20 年休			18 年休			
							特休											

※ 数年度にまたがる場合、数枚に分けて記載してください。