

申告書(後遺障害共済金申告用)

一般社団法人茨城県PTA安全互助会理事長 様

申告日	年 月 日
フリガナ 氏 名	

医療機関名	診療科名		
	電話番号	()	
傷病名 (医師に確認して下さい)	※ 受傷部位も明記願います。		
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	後遺症 有 無
治療結果	治癒 ・ 治療継続中 ・ 転医 年 月 日	症状(医師の診断によるもの)	

※ 治療期間中に固定具を使用した場合は、次ページ(P11)の固定具使用申告書の提出もあわせてお願いします。