療　養　状　況　報　告　書

健康保険被保険者の記号番号		事業所名称		
被保険者の氏名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	
被保険者の住所	〒　　- TEL（　　）　　-			
発病時の症状				
医師の診療を受けるまでの状況 （各日についてくわしく記入してください。）				
湿布、薬剤服用など処置、手当の有無 （有れば薬名などの詳細）				

上記のとおり相違ないことを報告します。

平成　　年　　月　　日

兵庫県運輸業健康保険組合 様

住　　所

被保険者　氏　　名　　㊞

電話番号　（　　）　　-

22.3給付