

療養に関する詳細は、次のとおりです。

傷病名		発病負傷の 年 月 日	年 月 日
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
医療機関等の 名称及び 所在地			
医師等の氏名			
療養の給付を 受けることがで きなかった理由		発病の原因	
		傷病の経過	
療養内容		療養に 要した費用	円
備考			