

# 治 療 報 告 書

静岡県野球連盟共済会 御中

別紙証明書を添えて下記のとおり報告いたします。

□年 □月 □日

ふりがな		所属支部名	支部
負傷者氏名		チーム名	
負傷者住所	〒   電話 (      )      -		
見舞金振込先	銀行 金庫	本店 支	( 普通・当座 )
	口座番号	口座名義 *カタカナで	
特記事項			
支部事務担当者			
支部長名	⑩		

- ※ 点線より下の欄には記入しないでください。
- ※ 5日未満の通院治療の場合については、治療報告書のみ提出してください。  
証明書は提出する必要はありません。

----- (以下記入不要) -----

受理年月日	年	月	日
審査年月日	年	月	日
支払年月日	年	月	日

入院日数	通 院 日 数		固 定 具
	治 療	接骨院/理学療	
日	日	日	有 ・ 無
円	円	円	円

合計 円

特記/備考