**休業請求期間中の状況報告書**

 　　休業（補償）請求期間　　　　　　　　　　　　　　 　　　請求日数　診療実日数　　 （令和） 　　年　 　月 　　日 ～ （令和）　 　年 　　月 　　日　　　　　　日　　　　日

　１　診療実日数が少ないのですが　　※下記については必要に応じ後日担当医師に確認する場合があります。

1. 診療実日数が少ないことに対する担当医師の指示の有無　　有　　無　←どちらかに○

有の場合　 担当医師より指示された説明事項について記載して下さい。

　　 治療が行なわれない期間の自宅での過ごし方に対する指示や注意事項

　　 その間実際行った過ごし方

無の場合　なぜ診療（通院）を行わなかったのか記載して下さい。

1. 受診日に行った治療（検査）内容について

　２　休業（補償）請求期間の傷病の状態（自覚症状を含む）及び治療内容やリハビリ等について

　３　現在の傷病の状態及び今後の治療内容について

　４　就労復帰の予定について

　５　その他　※記載したいことがありましたら記載されて結構です。

※なお、次回請求時においても診療実日数が少ない場合は当該報告書を請求書に添付して提出して頂くことになりますので、必要があればをとって次回請求時に使用して下さい。

　　　上記のとおり相違ありません。

　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求人　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名