

| 療養の現状等に関する報告書          |   | 認 定 番 号 |
|------------------------|---|---------|
| 地方公務員災害補償基金            |   |         |
| 神奈川県 支部長 殿             |   |         |
| 下記のとおり療養の現状等について報告します。 |   |         |
| 年 月 日                  |   |         |
| 報告者の住所                 |   |         |
| フリガナ                   |   |         |
| 氏 名                    |   |         |
| 所 属 団 体 名              |   |         |
| 所 属 部 局 名              |   |         |
| 1 負 傷 又 は 発 病 の 年 月 日  | 年 | 月 日     |
| 2 療 養 開 始 の 年 月 日      | 年 | 月 日     |
| 3 傷 病 名                |   |         |
| 4 療養の経過                |   |         |
| 5 日常生活の概要              |   |         |

〔注意事項〕

- 1 報告者は、＊印の欄には記入しないこと。
- 2 年月日の記載には元号を用いる。

\* 6 医師の証明

(1) 傷病の種類 (傷病名・傷病の部位等)

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

(3) 傷病の現状

(4) 傷病の今後の見込み

(報告者の氏名)

については上記のとおりであると認めます。

.....

年 月 日

医療機関の { 名 称  
所 在 地  
医師の氏名