

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

治ゆ (症状固定を含む) 見込時期 : 年 月 日頃

(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