**既 往 歴 報 告 書**

１　既往歴はありません

２　既往歴は次のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 時　期 | 傷 病 名 | 発症から治ゆまでの状況 | 受診医療機関 |
|  |  |  |  |

注１　頚部及び膝関節にかかる傷病、脱臼、その他基金から指示があった場合、この報告書を提出してください（災害性腰痛については、災害性腰痛事案報告書に記載してください。）。

注２　認定請求傷病と同一部位に係る傷病全てについて、記載してください。

注３　記載した傷病が過去に公務（通勤）災害と認定されたものの場合、その認定番号を傷病名の欄に記入してください。

上記のとおり報告します。

　　　　　　年　　　月　　　日

　　地方公務員災害補償基金神奈川県支部長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職 ・ 氏名