

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

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号紙）〕

- 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