

療養の現状等に関する報告書

	認定 番号
<p>地方公務員災害補償基金.....支部長 殿</p> <p>療養の現状等について下記のとおり報告します。</p> <p>平成      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">報告者の住所 .....</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">ふりがな</p> <p style="text-align: center;">氏      名 .....</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p style="text-align: center;">所属団体名・所属部局名 .....</p>	
1 負傷又は発病の年月日	平成      年      月      日
2 療養開始の年月日	平成      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 「報告者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

\* 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。

平成 年 月 日

医療機関の { 所在地  
                  { 名称  
                  { 医師の氏名

Ⓔ