年　　月　　日

　地方公務員災害補償基金岡山県支部長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 属

 氏 名　　　　　　　　　　　

　私の既往病歴について下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷 病 名 | 発症時期 | 発症原因，症状，治療経過等 | 治ゆ時期 | 関係機関名称，所在地 |
|  |  |  |  |  |