

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 style="text-align: center;">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 氏            名 .....</p> <p style="text-align: center;">個 人 番 号 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></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	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 個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第5項に規定する個人番号を記入すること。
- 3 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 { 所在地  
                  { 名称  
                  { 医師の氏名