

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埼玉県支部長 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 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 { 所在地
名称
医師の氏名