

療養の現状等に関する報告書

		認定場号	
地方公務員災害補償基金熊本県支部長 殿			
療養の現状等について下記のとおり報告します。			
令和 年 月 日			
報告者の住所			
ふりがな			
氏 名			印
所属団体名・所属部局名			
1	負傷又は発病の年月日		
2	療養開始の年月日		
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

.....
については上記のとおりであると認めます。

令和 年 月 日

医療機関の {
所在地
名称
医師の氏名

印