

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			
熊本県 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号紙）〕

- 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 { 名 称 所 在 地 医 師 の 氏 名		