

# 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岡山県支部長 殿

療養の現状等について下記のとおり報告します。

平成 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	平成 年 月 日
2 療養開始の年月日	平成 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 「請求者の氏名」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

(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。

平成 年 月 日

医療機関の { 所在地  
                  { 名称  
                  { 医師の氏名

⑩