

療 養 経 過 報 告 書

この報告書は 年 月中（第1回目）及び 年 月中（第2回目）に提出してください。ただし、それ以前に別添の「治ゆ報告書」を提出した場合には、この報告書は提出する必要はありません。

認定番号	—
------	---

1 被災職員に関する事項

所 属 団 体		所 属 部 局		
職 名		氏 名		
災害発生年月日	年 月 日	療養開始年月日	年 月 日	
認定傷病名				
診療機関名等	診 療 機 関 名	所 在 地	電 話	診 療 費 支 払 方 法
				※

※ 診療費支払方法欄（下記の記号で記入のこと。）

- 加害者等が負担している場合は…… 「a」 共済組合員証を使用している場合は「d」
- 自分で負担している場合は…………… 「b」 基金が支払っている場合は…………… 「e」
- 自賠責保険等で支払っている場合は「c」

2 年 月 日現在の状況

- 療養中
- 後遺障害を遺して治ゆしている（被災前の状態に回復していない。）
- 治ゆ年月日 年 月 日
- 後遺障害を残さず完全治ゆしている（被災前の状態に回復している。）
- 治ゆ年月日 年 月 日

3 年 月 日現在の療養状況（2の「療養中」該当者は記載を要する。）

(1) 入・通院の別

入院中

通院中 通院の頻度

通院の方法

(2) 現在の治療内容

(3) 現在の症状

(4) 現在の勤務状況

(5) 治ゆ見込み年月日 年 月 日ごろ ※必ず記載してください

(6) 治ゆ時の後遺障害残存見込み

残存しない。

残存する。 部位

程度

療養経過について上記のとおり報告します。

年 月 日

被災職員氏名 _____

上記のとおり報告がありましたので提出します。

年 月 日

所属長職・氏名 _____

地方公務員災害補償基金千葉県支部長 様

[注意事項]

この報告書は被災職員が記載願います。