|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 認定番号 |  |
|  | 地方公務員災害補償金　岩手県支部長　様 |  |
|  | 　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個 人 番 号所属団体名・所属部局名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| １　負傷又は発病の年月日 |  | 令和　　　　　　　　　年　　　　　　　　　月　　　　　　　　　日 |
| ２　療養開始の年月日 |  | 令和　　　　　　　　　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〕

療養の現状等に関する報告書

様式第38号

１　報告者は、＊印の欄には記入しないこと。

- 76 -

２　個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第２条第５項に規定する個人番号を記入すること。

３　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。 |
|  | 令和　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 医療機関の | ｛ | 所在地名称医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |