**様式１**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **療 養 状 況 等 報 告 書** | | | 認定番号 |  |
| 令和　　年　　月　　日  　地方公務員災害補償基金岩手県支部長　様 | | | | |
| 公務・通勤災害と認定された傷病に係る療養状況等について、下記のとおり報告します。  被災職員　住　所  　　　　　氏　名 | | | | |
| **所属団体・所属部局・職名** | | | | |
| **災害発生年月日** | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| **療養の経過等** | **認定傷病名** |  | | |
| **療養の経過** |  | | |
| **治ゆ見込み** |  | | |
| **日常生活の概要・現在の症状等** | | | | |
| **勤務状況** | | | | |

（注）「所属団体・所属部局・職名」は、被災時の所属等を記入すること。