

経 過 報 告 書

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金静岡県支部長殿

所属団体
所 属
職・氏名

療養の経過等については、下記のとおり相違ありません。

初 診 年 月 日	令和 年 月 日 ()
医 療 機 関 名 ※複数受診の場合、全て記入	
共済組合員証等 使用の有無	1 当初から使用していない 2 当初から使用している 3 (月 日)まで使用していたが、その後は使用していない
病 状 の 推 移 (具体的な病状、 入院・通院の状 況、検査内容及 び結果、治療内 容等)	
今後の受診予定 ※治療が継続し ている場合	(受診予定日及び医療機関名、治療内容等を記入)
治 癒 日 ※治療が終了し ている場合	令和 年 月 日

注 記載された療養の経過等の内容が、必ずしも療養の対象になるわけではないことに御留意願います。
(被災職員の自己負担や保険診療になる場合もあります。)