

3 被災職員に関する事項

(1) 内科、循環器科、消化器科等の既往病歴（風邪等は除く）

有（ ） ・ 無

(2) 被災時における担当業務及び当該業務の従事期間

(3) 今回被災時に行っていた業務の従事経験の有無、従事頻度等

4 発症前日から発症日までの状況

(1) 健康状態：

(2) 睡眠時間： 時 分 から 翌日 時 分 まで

(3) 食事の摂取状況 ① 前日の夕食： 食べた（ 時頃） ・ 食べない

② 当日の朝食： 食べた（ 時頃） ・ 食べない

(4) 前日の飲酒の有無： 有（量・種類： ） ・ 無

(5) 薬の服用状況： 有（種類： ） ・ 無

(6) その他特記事項

地方公務員災害補償基金群馬県支部長 様

上記のとおり相違ないことを報告します。

年 月 日

被災職員

所属部局 _____
職名 _____
氏名 _____

所属長職・氏名 _____

※ ご報告いただいた内容に関して、別途ご提出いただく「個人情報の取得に関する同意書」に基づき、共済組合や医療機関へ確認を行う場合があります。