

既往歴報告書

認定請求を行った傷病名			
今回受傷部位に関連する既往歴の有無（○で囲む） （注）痛みや違和感等の症状を感じたことがあったが、医療機関を受診せず様子を見ていた場合や売薬等を用いていた場合も、「既往歴有」としてその状況を記載してください。			有 無
既往歴「有」の場合の具体的内容			
傷病名 （受診した場合）	時期	受診医療機関 （受診した場合）	公務災害 私傷病の別
	年 月 頃		
発症原因、症状、治療経過等			
傷病名 （受診した場合）	時期	受診医療機関 （受診した場合）	公務災害 私傷病の別
	年 月 頃		
発症原因、症状、治療経過等			
今回の受傷直前の状態・症状			
<p>地方公務員災害補償基金群馬県支部長 様</p> <p>上記のとおり相違ないことを報告します。</p> <p>年 月 日 所属部局 _____</p> <p>職名 _____</p> <p>氏名 _____</p>			

※ 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。