

既往症歴報告書

年 月 日

地方公務員災害補償基金千葉県支部長 様

請求人所属

職・氏名

1. 既往症は次のとおりです。

傷病名	療養期間	治ゆ・継続 の別	医療機関名	備考

2. 既往症は特にありません。

〔注意事項〕

- 1 医師にかかっていない場合でも、売薬等を用いていたときは、医療機関名に薬品名等を記入してください。
- 2 過去に公務上又は通勤による災害として認定になっている場合は、備考欄に認定番号を記入してください。