別記群地基様式第２号の７

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 | | | | | |
| 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　　　所属部局  　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。