

腰部・頸部疾患にかかる勤怠及び既往歴報告書

年 月 日

地方公務員災害補償基金
大 阪 市 支 部 長 様

所 属
所属長名

次のとおり報告します。

記

- 1 氏 名 _____ 2 生年月日 S・H 年 月 日
 3 身長・体重 _____ cm _____ kg 4 職 種 _____
 5 災害発生日 _____ 年 月 日 6 傷 病 名 _____
 7 過去1年間の勤怠

年	月	要勤務 日数	実勤務 日数	年休	特休	職免	病欠	公傷	その他	備 考
		日	日	日 時間	日	日 時間	日	日	日	
		日	日	日 時間	日	日 時間	日	日	日	
		日	日	日 時間	日	日 時間	日	日	日	
		日	日	日 時間	日	日 時間	日	日	日	
		日	日	日 時間	日	日 時間	日	日	日	
		日	日	日 時間	日	日 時間	日	日	日	
		日	日	日 時間	日	日 時間	日	日	日	
		日	日	日 時間	日	日 時間	日	日	日	
		日	日	日 時間	日	日 時間	日	日	日	
		日	日	日 時間	日	日 時間	日	日	日	
		日	日	日 時間	日	日 時間	日	日	日	
		日	日	日 時間	日	日 時間	日	日	日	
		日	日	日 時間	日	日 時間	日	日	日	
		日	日	日 時間	日	日 時間	日	日	日	
合計		日	日	日 時間	日	日 時間	日	日	日	

8 腰部・頸部疾患既往歴

(1) 公・私病ともなし

(2) 既往歴あり

発症年月日 年 月 日 公私別 (公 ・ 私)

傷 病 名 認定番号 -

全治年月日 年 月 日 補償制限 (有 ・ 無)

認定番号と補償制限については、公の場合にのみ記入してください。また、2回以上ある場合には、裏面を利用してください。

発症年月日	年	月	日	公私の別 (公 ・ 私)
傷病名				認定番号 -
全治年月日	年	月	日	補償制限 (有 ・ 無)
発症年月日	年	月	日	公私の別 (公 ・ 私)
傷病名				認定番号 -
全治年月日	年	月	日	補償制限 (有 ・ 無)

注) 年月日の記載には元号を用いること。