都支部様式第28号

**既 往 病 歴 報 告 書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷　病　名 | 発症時期 | 発症原因・症状・治療経過・休業期間等 | 治ゆ時期 | 医療機関名・所在地 |
|  |  |  |  |  |

私の既往歴について以上のとおり報告します。

年　　月　　日

地方公務員災害補償基金

東京都支部長　　　殿

所　属

請求者

氏　名

注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薬品名等を記入すること。

２　公務（通勤）災害に認定された傷病にはその旨を記し、認定番号を付記すること。

３　現在療養中の傷病及び請求傷病と同一部位の傷病については、必ず記載すること。