別　紙

公務災害に係る療養報告書

所　属　所　名	〇〇市	組　合　員　氏　名	共済　太郎
組　合　員　証 記　号　番　号	埼999　9999	生　年　月　日	昭和 平成　〇年　〇月　〇日生
認　定　症　病　名	〇〇〇〇〇〇	初　診　年　月　日	〇年　〇月　〇日
医　療　機　関　名	〇〇〇病院		
保険診療による 療　養　期　間	〇〇 年　〇〇月　〇〇日　～　〇〇 年　〇〇 月　〇〇日		
備 考	※上記医療機関以外に受診した病院等がありましたらこちらにご記入ください。		

上記のとおり報告します。

埼玉県市町村職員共済組合　様

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者

住　所　さいたま市浦和区
岸町7－5－14

氏　名　共済　太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

所属所長　〇〇市長
埼　玉　一　郎

※　(1)　この報告書は、公務災害にかかる疾病について組合員証を使って診療を受けた場合に提出願いたいこと。

(2)　この報告書には、公務災害補償基金からの「公務災害認定通知書」の写を添付願いたいこと。