別　紙

公務災害に係る療養報告書

所　属　所　名		組　合　員　氏　名	
組　合　員　証 記　号　番　号		生　年　月　日	昭和 平成　　年　　月　　日生
認　定　症　病　名		初　診　年　月　日	年　　月　　日
医　療　機　関　名			
保険診療による 療　養　期　間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
備 考			

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　　年　　月　　日

住　所

申請者

氏　名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　　年　　月　　日

所属所長

※　(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。