支部様式第６号の２

 　　　　　年　　月　　日

　地方公務員災害補償基金京都府支部長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　私の既往病歴について、次のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷病名 | 発症年月日 | 発症原因・症状・治療経過等 | 治ゆ年月日 | 医療機関名 |
|  |  |  |  |  |

 （注）１　記入欄が不足する場合は適宜別紙とし、特に「発症・症状・治療経過等」については、できるだけ詳細に記入してください。

２　既往病歴がない場合、「なし」と記入してください。