

医療機関受診履歴調査依頼書

地方公務員災害補償法に基づく公務災害認定請求に使用するため、下記事項について調査のうえ御回答くださるようお願いいたします。

調査対象者	組合員等記号番号	組 合 員 氏 名	
	100-8888	共 済 太 郎	
調査承諾署名	続柄	共 済 太 郎	
調査対象期間	平成 ○年 ○月から		
	平成 ○年 ○月まで		
調査対象傷病	一般疾病	腰痛症	心・血管疾患及び脳血管疾患
	精神疾患	その他 ()	
調査項目	受診医療機関名	受診年月	受診傷病名
	診療開始日		
	診療実日数	その他 ()	

山形県市町村職員共済組合理事長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

職 名 ○ ○ 市 長

所属所長

氏 名 ○ ○ ○ ○

※ 調査承諾署名は、対象組合員本人が署名しますが、組合員が死亡している場合は遺族が署名し、組合員との続柄を記入してください。

※ 調査対象期間は、請求日前5年間が限度です。

※ 調査対象傷病及び調査項目は、必要なものを○で囲んでください。