

治 ゆ 報 告 書

認定番号

〇〇-〇〇〇〇〇〇

令和6年1月24日

地方公務員災害補償基金 熊本県支部長 様

住 所 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇号室
氏 名 熊本 太郎

下記のとおり治ゆ(症状固定)しましたので報告します。

所 属 団 体 部 局	熊本県総務部人事課
被 災 職 員 職 氏 名	職名 主事 氏名 熊本 太郎
災 害 発 生 の 日 時	令和6年1月9日
災 害 発 生 の 場 所	県庁本館〇階西側階段
傷 病 名 ・ 部 位	右膝切創
治 ゆ (症 状 固 定) 年 月 日	令和6年 1月20日
障 害 の 有 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
障 害 の 程 度 (障害有りの場合にできるだけ具体的に記入してください。)	
医 療 機 関 名	熊本病院、肥後病院
そ の 他 の 参 考 事 項	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和6年1月24日

所属部局の長の職氏名

人事課長 〇〇 〇〇

- (注) 1 「治ゆ」とは、完全治ゆのみではなく、もはや症状が固定の状態になったものも含まれます。また、「急性症状のみ公務上・通勤災害該当」と認定された場合は、急性症状が消退した場合を含みます。
- 2 同一の事故により生じた傷病が2以上あるときは、その全部が治ゆした場合に報告してください。
- 3 障害の有無の欄は、傷病が治ったとき(症状の固定を含む)、地方公務員災害補償法別表に定める程度の障害があるかないかについて記入すること。