

# 治 ゆ 報 告 書

認定番号

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金 熊本県支部長 様

住 所  
氏 名

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	
被 災 職 員 職 氏 名	職名 氏名
災 害 発 生 の 日 時	
災 害 発 生 の 場 所	
傷 病 名 ・ 部 位	
治 ゆ ( 症 状 固 定 ) 年 月 日	令和 年 月 日
障 害 の 有 無	有 無
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	
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 年 月 日

所属部局の長の職氏名

- (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施行規則別表第3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。