治 ゆ 報 告 書

認定番号	

年　　月　　日

地方公務員災害補償基金山口県支部長　殿

所属機関及び所属部局名 ……

氏　　名 ……

下記のとおり治ゆしたので報告します。

記

災害発生年月日	年　月　日	治ゆ年月日	年　月　日
傷病名			
後遺症の有無及びその程度	有（　　）・無		
医療機関名			

（注）1 「治ゆ」とは、完全治ゆのみでなく、もはや症状が固定の状態になったものを含みます。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、急性症状の消退した場合も含みます。

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 「後遺症の有無及びその程度」の欄は、地方公務員災害補償法施行規則別表第三に定める後遺症があるかないかについて記入してください。

4 この報告書は、傷病が治ゆしたとき、所属機関を経由して支部長あて、すみやかに提出してください。