

治ゆ（症状固定）報告書

(支部様式第9号)

		認定番号	公務 通勤	_____
		年 月 日		
地方公務員災害補償基金 大 分 県 支 部 長 殿				
被災者氏名 (所属 _____)				
下記のとおり治ゆ（症状固定）しましたので報告します。				
災害発生年月日	年 月 日			
認定傷病名				
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
治ゆ又は症状 固定年月日	年 月 日 治ゆ 症状固定 (最終受診年月日 年 月 日)			
障害の有無	有 [_____] ・無			
医療機関名				
共済組合員証番号	第 _____ 号			
その他参考事項				
上記のとおり相違ないことを証明します。				
年 月 日 所属長 職・氏名				

- (注) 1 この報告書は、傷病が治ゆしたときに任命権者を經由して、支部長（大分県人事課内）あてすみやかに提出してください。
- 2 「障害の有無」欄には、治ゆ（症状固定）後、障害が残る場合に障害の程度を具体的に記入してください。
- 3 年月日の記載には元号を用いる。