治ゆ（症状固定）報告書

年　　　月　　　日

地方公務員災害補償基金岡山県支部長　殿

所　属

氏　名

認定番号　　　　　　　　　　で認定された公務（通勤）災害に係る傷病は下記のとおり、治ゆ（症状固定）したので報告します。

記

１　治ゆ（症状固定）年月日　※通常、最終通院日と同じ日になります。

　　　 年 　　月 　　日治ゆ（症状固定）（災害発生年月日　 年 　月 　日）

２　療養状況

(1) 最終通院日　　　　　　年　　　　月　　　　日

(2) 最終診療医療機関名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　後遺障害がある場合

(1) 障害の程度

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

(2) 障害補償の請求　※いずれかに丸をつけてください。

障害補償の請求を 希望する　・　希望しない

[注] 　傷病が治ゆした（症状が固定した）ときは、任命権者を経由して、速やかにこの報告書を提出

してください。

　なお、当該傷病について再び医療を必要とするようになった場合には、当支部にご相談ください。

※基金処理用

E

s