

# 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、任命権者を經由して、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