傷病の治ゆ（症状固定）報告書

　　年　　月　　日

地方公務員災害補償基金

大阪府支部長　　様

所　　　　属

氏　　　　名

次のとおり傷病が治ゆ（症状固定）しましたので報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 負傷（発症）年月日 | 年　　　月　　　日 | 認定番号 |  |
| 認定傷病名 |  | | |
| 療養期間  （通院） | 年　　　月　　　日 ～ 　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 入院期間 | 年　　　月　　　日 ～ 　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 休業期間 | 年　　　月　　　日 ～ 　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 診療機関 |  | | |
| 治ゆ(症状固定)日 | 年　　　月　　　日付 | 治ゆ・症状固定  (いずれかに○をすること) | |

（参考）診療機関名については、転医先も必ず記入すること。

　　　　本報告書の提出には主治医の証明は不要です。