

治 ゆ 報 告 書

認定番号	
令和 年 月 日	
地方公務員災害補償基金 熊本県支部長 様	
報告者の住所 氏 名	
下記のとおり治ゆしましたので報告します。	
所 属 団 体 部 局	
被 災 職 員 職 氏 名	
災 害 発 生 の 日 時	
災 害 発 生 の 場 所	
傷 病 名 ・ 部 位	
治 ゆ 年 月 日 (症 状 の 固 定 を 含 む)	令和 年 月 日
障 害 の 有 無	有 無
障 害 の 程 度 (障 害 有 り の 場 合 に で き る だ け 具 体 的 に 記 入 し て く だ さ い 。)	
医 療 機 関 名	
そ の 他 の 参 考 事 項	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所属部局の長の職氏名	

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

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 障害の有無の欄は、傷病が治ったとき(症状の固定を含む)、地方公務員災害補償法別表に定める程度の障害があるかないかについて記入すること。