

治 ゆ (症 状 固 定) 報 告 書

提出年月日を記入してください。 令和〇〇年〇〇月〇〇

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿

被災職員

所属団体 〇〇市
部局 〇〇部〇〇課
氏 名 福岡 花子

該当するものにチェックしてください。
下記のとおり

治ゆし、療養の必要がなくなりました
 症状固定しました

ので報告します。

1 認定番号 〇〇-〇〇〇〇〇〇 認定番号を必ず記入してください。

2 被災年月日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

3 傷病名 左足関節外果骨折、左大腿部打撲、左橈骨遠端骨折 認定傷病名を全て記入してください。

4 治ゆ年月日 (症状固定年月日) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 治ゆ(症状固定)年月日を記入してください。(報告書の作成日ではありません。)最終通院日と異なる場合は理由を記入してください。
※治ゆ(症状固定)日と5の最終通院日が異なる場合はその理由を記載してください。

5 受診医療

病(医)院・薬局名	診 療
Aクリニック	令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日
〇〇調剤薬局	令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日
B整形外科	令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日

各医療機関の診療最終日を記入してください。

6 支払方法 公 災 法 共 済 自動車保険
 そ

7 後遺障害の有無 有 無

残存している症状が地方公務員災害補償法施行規則別表に定める程度であると主治医に診断された場合にのみ、「有」にチェックしてください。
例) 第1級 両眼が失明しているもの。
例) 第14級 一手の母趾指以外の手指の指骨の一部を失ったもの。
※ 違和感がある、時々痛む等の症状が残っていても、その程度が法別表の第1級から第14級に該当せず軽微である場合には、後遺障害「無」になります。

上記のとおり相違ないことを証明します。
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被災職員の所属長の証明を付してください。
認定申請時と所属が異なる場合は新所属の長の証明を付すこと。(医療機関の証明ではありません)

所属長 〇〇市〇〇課長 〇〇〇〇