

# 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。