治　ゆ　報　告　書

認定番号	

地方公務員災害補償基金沖縄県支部長　殿　　年　　月　　日

所属部局
被災職員
氏　　名

下記のとおり治ゆしましたから報告します。

災害発生の日時	年　　月　　日
災害発生の場所	
傷病名・部位	
治ゆ年月日（症状固定を含む）	年　　月　　日
障害の有無	有　・　無
障害の程度（有の者のみ記入）	
医療機関名	
治療費	公務災害補償　　共済組合給付　　自賠保険 その他（　　）
その他参考事項	

上記のとおり相違ないことを確認します。

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。
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.「治療費」の欄は該当に○印すること。
4.「障害の有無」の欄は傷病が治ったとき、地方公務災害補償法別表に定める程度の身体障害があるかないかについて記入すること。
5.この報告書は、傷病が治ゆしたとき所属機関を経由して支部長あてにすみやかに提出してください。