|  |  |
| --- | --- |
| 認　定  番　号 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 任 命 権 者 経 由 |  | 経由 |  | 所 属 長 経 由 |  |

治ゆ（症状固定）報告書

年 月 日

地方公務員災害補償基金長野県支部長　殿

　　　　　　　　　　　　　　所属団体・所属部局名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　 被 災 職 員 氏 名　　　　印

　次のとおり治ゆ(症状固定)しましたから報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 災　害　発　生　年　月　日 | 年月　　　日 |
| 災　害　発　生　場　所 |  |
| 傷　病　名　（部　位） |  |
| 治ゆ（症状固定）年月日 | 年月日 |
| [地方公務員災害補償法施行規則別表](http://www.pref.nagano.lg.jp/shokuin/kensei/soshiki/soshiki/kencho/shokuin/kikin/documents/tebiki11.doc)に定める障害（後遺症）の有無及びその状況  〔  〕  右欄に記入しきれない場合  は別紙を使用すること | 有　　無　（いずれかに○印のこと）  （有の場合の状況） |

(注) 1. 治ゆ（症状固定）した場合は、速やかに所属長・任命権者を経由して提出してください。

　 2. 治ゆ（症状固定）とは**、**傷病が完全になおった場合のほか、急性症状の消退及び症状固定により医療効果が期待できなくなり、対症療法に入った場合も含むものである。

|  |  |
| --- | --- |
| 治ゆ・完結状  況 登 録 済 |  |
| 団体別一覧表  記　 載　 済 |  |

　　　3. 障害の有無及び程度欄は、傷病が治ったとき、地方公務員災害補償法施行規則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してください。

　　　4. 被災職員の氏名の欄は、記名押印することに代えて、自筆

　　　 による署名をすることができる。

　　　5. 年月日の記載には元号を用いる。