（別紙様式第５号）

|  |
| --- |
| 年　　　月　　　日京都府市町村職員共済組合理事長　様組合員等記号番号組合員氏名　被害者氏名　　　　　　　　　　　続柄下記のとおり治癒しましたので報告します。 |
| 事故発生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 傷病名 |  |
| 治癒年月日（症状固定日） | 年　　　月　　　日 |
| 受診医療機関 | 医療機関名 |  | 最終通院日 | 年　　　月　　　日 |
| 医療機関名 |  | 最終通院日 | 年　　　月　　　日 |
| 医療機関名 |  | 最終通院日 | 年　　　月　　　日 |
| 医療機関名 |  | 最終通院日 | 年　　　月　　　日 |
| 医療機関名 |  | 最終通院日 | 年　　　月　　　日 |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　職名  　　　所属所長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名 |

治癒等報告書

* 治癒後、すみやかに所属所長を経由して提出してください。
* 「治癒」には、完全治癒のみでなく、症状が固定し、もはや治療効果が期待できなくなった場合

も含まれます。

* 受診医療機関の欄は、本人が記入してください。（医療機関の証明は不要です。）