（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。）