

# 治癒等報告書

年 月 日

京都市市町村職員共済組合理事長 様

組合員証  
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。)