

治 ゆ 報 告 書

令和〇〇年 2月18日

地方公務員災害補償基金奈良県支部長 殿

所 属 〇〇県教育委員会事務局総務課

氏 名 松島 光

下記の災害による傷病については治ゆしましたので報告します。

災 害 発 生 の 日 時	令和〇〇年 2月18日 午前・午後 10時 45分	
傷 病 名	左アキレス腱断裂	
治 ゆ 年 月 日	令和〇〇年 2月15日	
医 療 機 関	所 在 地	〇〇市〇〇町〇〇番地
	名 称	医療法人薨会 わかくさ病院
	最終通院日	令和〇〇年 2月15日
治 療 費	公務災害補償 共済組合給付 自賠責保険 その他()	
障 害 の 有 無	有	無

上記の通り相違ないことを証明します。

令和〇〇年 2月18日

〇〇県教育委員会事務局

所属長 総務課長 白木 亮

※役職も記入すること

支 部 処 理 欄

認定番号

—

※ この用紙は、被災職員が記入し、被災当時の所属の長の証明を受けてください。

※ 医療機関の欄は本人が記入してください。（医療機関の証明書は不要です。）