

# 傷病治癒等報告書

年 月 日

和歌山県市町村職員共済組合理事長 様

組 合 員  
記 号・番 号 ー

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		
傷病原因			
傷病名			
治癒年月日 (症状固定日)	年 月 日		
後遺障害の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
受診医療機関	①	医療機関名	
		最終通院日	年 月 日
	②	医療機関名	
		最終通院日	年 月 日
	③	医療機関名	
		最終通院日	年 月 日
	④	医療機関名	
		最終通院日	年 月 日
	⑤	医療機関名	
		最終通院日	年 月 日

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

年 月 日

職名

所属所長

氏名

- ※ 治癒または症状固定しましたら、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。
- ※ 症状固定の場合、症状固定日の確認ができる診断書(写)を提出してください。
- ※ 受診した医療機関の欄は、漏れなく本人が記入してください。(医療機関の証明は不要です。)
- ※ 受診した医療機関の欄に不足がある場合、別紙に記入し、提出してください。

# 傷病治癒等報告書

令和 X 年 XX 月 XX 日

和歌山県市町村職員共済組合理事長 様

組合員  
記号・番号 9999 - 99999

組合員氏名 ○○ ○○

被害者氏名 ○○ △△ 続柄 長男

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	令和 X 年 XX 月 XX 日	
傷病原因	交通事故	
傷病名	右腕打撲、右足骨折、左腕打撲、左肩打撲	
治癒年月日 (症状固定日)	令和 X 年 XX 月 XX 日	
後遺障害の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
受診医療機関	①	医療機関名 ○○○医院
		最終通院日 令和 X 年 XX 月 XX 日
	②	医療機関名 ○○○病院
		最終通院日 令和 X 年 XX 月 XX 日
	③	医療機関名 ○○○調剤薬局
		最終通院日 令和 X 年 XX 月 XX 日
	④	医療機関名 ○○○接骨院
		最終通院日 令和 X 年 XX 月 XX 日
	⑤	医療機関名
		最終通院日 年 月 日

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和 X 年 XX 月 XX 日

職名 ○○○○市長  
所属所長  
氏名 □□ □□

- ※ 治癒または症状固定しましたら、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。
- ※ 症状固定の場合、症状固定日の確認ができる診断書(写)を提出してください。
- ※ 受診した医療機関の欄は、漏れなく本人が記入してください。(医療機関の証明は不要です。)
- ※ 受診した医療機関の欄に不足がある場合、別紙に記入し、提出してください。