

決 裁	事務長	事務次長	補償係長	係員	認定番号	—

全 治 届
症 状 固 定 届

年 月 日

地方公務員災害補償基金
大阪支部長様

所 属
氏 名



次のとおり届けます。

記

- 1 負傷年月日 年 月 日
- 2 傷病名
- 3 全治年月日 年 月 日
または
症状固定年月日

所属の 証明	担当課長	課長代理	係長	係員	主管課長	課長代理	係長	係員

- (備考) (1) 被災職員は全治または症状固定後、すみやかに所属を經由の上、提出すること。
(2) この届には診断書を添付する必要はありません。
(3) 年月日の記載には元号を用いること。

支
部
受
付
印