

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

大阪市支部長様

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