

令和 年 月 日

公立学校共済組合長崎支部長 殿

所 属 所 名
組 合 員 氏 名
組 合 員 証 番 号

㊞

治癒報告について（報告）

さきに第三者加害行為により、第三者から受けました傷病については、下記のとおり治癒（症状固定）しましたので報告します。

記

事故年月日	平成 令和 年 月 日
被害者氏名	(続柄)
最後の受診 医 療 機 関	(住 所)
	(医療機関)
治癒年月日	平成 令和 年 月 日
その他連絡事項 (示談・賠償請求状況等)	

- (注) 1 この治癒報告書にかえて医師の診断書、またはその写しでもよい。
2 示談を締結してあれば示談書、またはその写しを添付してください。
3 加害者（損害保険会社）に賠償請求されるときは、事前に公立学校共済組合長崎支部 年金・給付班（TEL：095-894-3344）まで連絡してください。