公 務 傷 病 発 生 報 告 書

※ 基金認定番号	

組合員等	記号	○○○	所属機関名	○○市	
	番号	○○○			
組合員氏名		共済 太郎	生 年 月 日	昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
傷病名		右上腕骨骨幹部骨折			
事故発生年月日		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			
事故発生の状況		○月○日○時○分頃 ○○市○○町の○○附近で○○作業中に作業機械の○○に右腕をはさまれて、骨折した。			
資格確認書等を使用した病院名		○○外科	同左期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日から 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日まで	

上記のとおり報告します。

愛媛県市町村職員共済組合理事長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

報告者
住 所 ○○市○○町○丁目○－○
氏 名 共済 太郎

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

所属所長
職 名 ○○市長
氏 名 ○○ ○○

1 公務（通勤災害を含む。）傷病については、地方公務員災害補償基金へ必ず認定申請してください。
2 この報告書は、公務（通勤災害を含む。）傷病について、やむを得ず資格確認書等を使用した場合のみ提出してください。
3 この報告書の提出をもって、共済組合が地方公務員災害補償基金に医療費の支払請求する際に診療報酬明細書（レセプト）の写しを添付することについて、同意があったものとみなされます。
4 ※印欄は、記入しないでください。