支部様式第14号

治　ゆ　報　告　書

認定番号	

（宛先）地方公務員災害補償基金埼玉県支部長	報告年月日　　年　　月　　日
さきに｛公務災害／通勤災害｝の認定を受けた傷病については、次のとおり治ゆしましたので報告します。	被災職員の所属団体　埼玉県教育委員会 所属部局 氏　名

認定傷病名			
医療機関等で受診した期間	年　月　日～　年　月　日		
治ゆ年月日	年　月　日（原則として、医療機関の最終受診年月日を記入してください。）		
治ゆの状態 （□に記入してください。）	□　完全治ゆ □　症状固定 → □ 身体障害を残していない。 → □ 身体障害を残している。	障害補償請求の意向の有無	□　有 □　無
身体障害を残している場合の程度			

参考事項 （□に記入してください。）	請求済の期間	年　月　日受診分から　年　月　日受診分まで
	未請求の期間	年　月　日受診分から　年　月　日受診分まで
	共済組合証等の使用の有無	□　共済組合員証等を使用した。 □　共済組合員証等は使用していない。
	第三者加害の場合	□　第三者（加害者）から賠償済　（□　全額　□　一部） □　第三者（加害者）から賠償される予定　□　その他
	その他特記事項	

上記のとおり相違ないことを確認しました。

所属長の｛職／氏名｝

電算入力済		整理簿記入済	

（治ゆ報告書提出に際しての注意事項）
　第三者加害事案において、第三者（加害者）から損害賠償を受けた場合は、免責報告書に示談書の写しを添付して提出してください。