

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 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	<input type="checkbox"/> 完全治ゆ <input type="checkbox"/> 症状固定	<input type="checkbox"/> 身体障害を残していない。 <input type="checkbox"/> 身体障害を残している。	障害補償請求 の意向の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(<input type="checkbox"/> に記入してください。)				
身体障害を残している場合の程度				
参 考 事 項 (<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 共済組合員証等を使用した。 <input type="checkbox"/> 共済組合員証等は使用していない。		
	第三者加害の場合	<input type="checkbox"/> 第三者(加害者)から賠償済 (<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 第三者(加害者)から賠償される予定 <input type="checkbox"/> 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。