記入例

治ゆ報告書には医師の証明は不要です。

支部様式第14号

治　ゆ　報　告　書

認定番号	２４－１１０９９９

（宛先）地方公務員災害補償基金埼玉県支部長	報告年月日　令和６年１２月２１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　○○市立△△小学校 氏名　埼玉　太郎

障害を残している場合には、その程度を確認し、障害補償を請求する意向があるかどうかを確認してください。

認定傷病名	右膝前十字靭帯損傷、顔面挫創		
医療機関等で受診した期間	令和６年　５月１５日　～　令和６年　８月　５日		
治ゆ年月日	令和６年　８月　５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	右膝を伸ばした時に違和感が残り、腱側と比べると曲げられる範囲が限られる。足の指にかけてしびれも残っている。		

参考事項（□に記入してください。）	請求済の期間	令和６年　５月１５日受診分から　令和６年　８月　５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　○○市立△△小学校／氏名　校長　浦和　花子｝

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。