

治 由 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 (□に記入してください。)	<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
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	
	共済組合員証等の使用の有無	<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 (□ 全額 □ 一部) <input type="checkbox"/> 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。			
<div style="text-align: center;"> 所属長の { 職 氏名 </div>			
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。