

記入例8 治ゆ報告書

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	12-131098	
(あて先) 地方公務員災害補償基金埼玉県支部長		報告年月日 平成 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 ○○市 所属部局 会計課 氏名 春日部 真司		
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	平成24年 5月 15日 ~ 平成24年 8月 5日			
治ゆ年月日	平成24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。)	<input type="checkbox"/> 完全治ゆ <input checked="" type="checkbox"/> 症状固定	<input type="checkbox"/> 身体障害を残していない。 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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、健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	平成24年 5月15日受診分から平成24年 8月 5日受診分まで		
	未請求の期間	平成 年 月 日受診分から平成 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 checked="" 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。		所属長の		任命権者における公務災害担当者確認印
		職 会計課長 氏名 新座 巧		
電算入力済	整理簿記入済			

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確認してください

療養中に異動した場合には、異動後の所属長が確認してください

担当者確認印に漏れがないよう注意してください

(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。