都支部様式第８号

|  |  |
| --- | --- |
|  | 地 方 公 務 員 災 害 補 償 |
|  |
| 治ゆ報告書 |
|  |
|  | 認　定番　号 | ～ |
| 　　　年　　　月　　　日　　地方公務員災害補償基金　　東　京　都　支　部　長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名・所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　下 記 の と お り 治 ゆ し た の で 報 告 し ま す。記 |
| 災害発生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 | 治ゆ年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 傷病名 |  |
| 障害請求の有無 | 無　 ・ 　有 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所　属　の　事　務　担　当　者 |  | 所属の確認印 | 所属長 | 課　長 | 係　長 | 係　員 |
| 係　名 | 氏　　　　名 | 電　話 |  |  |  |  |
|  |  |  |
|
|

(注) 1．「治ゆ」とは、完全治ゆのみでなく、もはや症状が固定の状態になったものも含みます。また、「急性症状のみ公務上・通勤災害該当」と認定された場合は、急性症状の消退した場合を含みます。

　　 2．同一の事故により生じた傷病が２以上あるときは、その全部が治ゆした場合に報告してください。

　　 3．治ゆしたとき、法別表に定める程度の障害が残存する場合は、障害補償の請求をしてください。

　　 4．年月日の記載には元号を用いてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 受　　　理 | 決　　　定 | 記録簿記載 |
|  |  |  |