

地方公務員災害補償 治 ゆ 報 告 書

		認定 番号	～	
地方公務員災害補償基金 東京都支部長 殿		年 月 日		
		団体名・所属		
		氏 名 ⑩		
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		
係 名	氏 名	電 話

所属の 確認印	所属長	課 長	係 長	係 員

- (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