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 | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 公務災害事務担当者 | | |  | 公務災害担当所属の確認 |
| 係　名 | 氏　　　　名 | 電　話 | 上記のとおりであることを確認しました。  所　属  職・氏名 |
|  |  |  |

(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 |
|  |  |  |