

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		
係 名	氏 名	電 話

公務災害担当所属の確認
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