

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			
下記のとおりに治ゆしたので報告します。		(自署又は押印)	
記			
災害発生 年 月 日	年 月 日	治 ゆ 年 月 日	年 月 日
認 定 傷 病 名			
障害補償請求の有無	無 ・ 有		
上記のとおり相違ないことを認めます。			
年 月 日			
所属部局の長の職・氏名			
(自署又は押印)			

- 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まれます。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。

地方公務員災害補償基金東京都支部使用欄		
受理	決定	記録簿記載

