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　　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は押印）　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 |
| 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。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 |
|  |  |  |