支部様式14

公務・通勤災害治ゆ報告書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 認定番号 | 　　　　　－ |
| 　　　年　　　月　　日地方公務員災害補償基金岩手県支部長　様 |
| 被災職員　所　属 　（被災時の所属　　　　　　　　　　　　　　　　）氏　名 　　公務・通勤災害と認定された傷病について、下記のとおり治ゆ（症状固定）したので報告します。被災職　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 災害発生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 認定傷病名 |  |
| 療養期間 | （初診日）　　　　　　　　　　　　（最終受診日）年　　　月　　　日から　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 治ゆ年月日（症状固定年月日） | 年　　　　月　　　　日 |
| 治ゆの状況 | □　完治 |
| □　症状固定　※医療効果が期待できない状態現在の症状　 |
| 残存障害の有無 | □有　※地方公務員災害補償法施行規則別表第３の障害に該当する場合障害の部位と程度 |
| □無 |

（記入上の注意）

１　　この報告書は、傷病が治ゆしたとき、所属機関を経由してすみやかに提出してください。

２　　該当する□に✓印を付してください。

３　　「治ゆ」とは、完全治ゆのみではなく、もはや症状が固定の状態になったものを含みます。

４　　同一の災害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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※　支部処理欄 | 決定年月日 | 事務長 | 事務次長 | 補償係長 | 係 | 起　案 |
|  |  |  |  |  |  |