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 |
|  |  |  |  |  |  |