

治 ゆ 報 告 書

		認 定 番 号	—	示 談 先 行 ・ 補 償 先 行
地方公務員災害補償基金神奈川県支部長 殿 さきに公務(通勤)災害の認定を受けた傷病については、 次のとおり治ゆしましたので報告します。(注1) 報告年月日 令和 年 月 日		被災職員の所属団体 _____ 所 属 _____ 氏 名 _____		
認 定 傷 病 名				
医療機関(薬局)の受診 状況 受診した全ての医療機関 (薬局)を記入してください。	医 療 機 関 (薬 局) 名	受 診 期 間		
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
治 ゆ 年 月 日	令和 年 月 日 (原則として、医療機関の最終受診年月日を記入してください。)			
治 ゆ の 状 態 (注2) 該当する□に✓印を記入 してください。	<input type="checkbox"/> 完全治ゆ <input type="checkbox"/> 症状固定治ゆ — <input type="checkbox"/> 後遺障害(注3)を残していない。 <input type="checkbox"/> 急性症状消退治ゆ <input type="checkbox"/> 後遺障害(注3)を残している。			
◆「後遺障害を残している。」に✓印を記入された場合は、以下の欄に必要事項を記載のうえ、必ず主治医の 「残存障害診断書」(注4)を添付してください。				
①治ゆ後の症状(痛み、運動不自由、癬痕・線状痕、齒科ほてつなど具体的に記入してください。)				
②日常生活の状況(起居動作、衣類等の着脱、摂食、読み書きなど具体的に記入してください。)				
* 受 理 (到達日)	所 属 部 局	任 命 権 者	基 金 支 部	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	

- (注1) この報告書に医師の証明は必要ありません。
 (注2) 公務(通勤)災害の「治ゆ」には、「完全治ゆ」だけでなく、「症状固定治ゆ」(もはや医療効果が期待できなくなったとき)や「急性症状消退治ゆ」(素因又は基礎疾患を有していた者が公務(通勤)災害により発病、症状を増悪した場合、急性期の痛み等が消退したとき)も含まれます。
 (注3) 「後遺障害」とは、地方公務員災害補償法施行規則別表第三に定める第1級から第14級までの「障害等級」(『療養補償のご案内』巻末「障害等級早見表」参照)に該当するものをいいます。なお、「障害等級」に該当するかどうかの判断は、必ず 主治医に確認のうえ行ってください。
 (注4) 「残存障害診断書」は『療養補償のご案内』巻末様式を用いてください。ただし、「自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書」等類似様式の診断書で代えることも できます。