支部様式第19号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **治　ゆ　報　告　書** | ＊担　当 | ＊第三者加害 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 |  |
|  | 　　年　　月　　日地方公務員災害補償基金京都府支部長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　被災職員　　所　　属　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　傷病の治ゆについて、次のとおり報告します。 |
|
| 認　　　　定傷 　病 　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　(災害発生年月日　　・　　・　　) |
|  |
|  治 ゆ 年 月 日（最終受診日） |  　　　　年　　月　　日　　　完全治ゆ・症状固定（最終受診日　　年　　月　　日【医療機関名　　　　　　　　　　】） |
|   |  　法施行規則別表に定める程度の残存障害…有・無 「有」の場合その障害の状態  |
|    |  １　基金に請求　　　２　共済組合員証・健康保険証使用 ３　第三者支払い（保険会社含む。）　　　４　その他（　　　　　　　） |
|  所 属 長 確 認 |  　　　　年　　月　　日 　　　　　　　　所　　属　　　　　　　　　　　　　 　　　職・氏名　　　　　　　　　　　　　 |

　(注)　１　この報告書は治ゆ後速やかに所属を経由して提出してください（治ゆ診断書は不要です。）。

　　　　２　地方公務員災害補償法でいう治ゆとは、完全に傷病が治った場合のほか症状が固定しもはや医療効果が期待できなくなった状態をいい、以後、療養補償は実施されなくなります。

　　　　　　また、急性症状のみを認定されたものについては、急性症状が消退したと認められる時期をもって治ゆとして取り扱うものです。

　　　　３　報告書は＊の欄には記入しないでください。