支部様式第５号

|  |  |
| --- | --- |
| 治ゆ認定日 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 治ゆ報告書 | | | 認定番号 |  |
| 年　　　月　　　日  　　地方公務員災害補償基金長崎県支部長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　所属部局名  　　　　　　　　　　　　　　　職　　　名  　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名  　下記の災害については治ゆしたので報告します。 | | | | |
| 災害発生の日時 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 傷病名 | |  | | |
| 治ゆ年月日  （症状固定を含む） | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 障害の有無 | 有 | ※有の場合その部位及び程度 | | |
| 無 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　職　名  　　　　　　　　　　所属部局長の  氏　名 | | | | |

〔注〕１．この報告書は傷病が治ゆしたとき任命権者を経由して提出してください。

２．「治ゆ」とは、完全治ゆのみでなく、その症状が固定し、もはや医療効果が期待できなくな

った状態をいいます。

３．「障害の有無」欄は、傷病が治った（症状固定した）とき、地方公務員災害補償法別表に定

める程度の障害が残存しているか否かについて記入してください。

　　　 ４．年月日の記載には元号を用いてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 台帳記入済 |  |