

公 務 災 害 治 癒 届 (例 1)

○年 ○月 ○日		
医師に「治癒」と言われたら忘れずに、速やかにこの「治癒届」を提出してください。 地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿		
住所 ○○○市○○町○○-○		
氏名 栃木太郎		
認定番号	○○-○○○○	
所属 団体部局名	○○市○○課	
被災職員 職・氏名	職名 主事 氏名 栃木太郎	
療養の 経過等	傷病名及びその部位	右手中指基節骨骨折
	治療期間	○年 ○月 ○○日 から [] ○年 ○月 ○○日 まで
	治癒の年月日	[] ○年 ○月 ○○日 → 一致するように記入して下さい
	治癒の程度	<input checked="" type="checkbox"/> 完全治癒 <input type="checkbox"/> 症状固定 <input type="checkbox"/> 医療効果を期待できない状態
	障害の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
現在の状況		被災前の状態に回復しました。
		○ この届には医師の証明は必要ありません。
		○ 治癒の日以降は療養補償費は支給できなくなります。
		○ 傷病名がいくつもある場合、すべて「治癒」した時に提出して下さい。

公 務 災 害 治 癒 届 (例 2)

○年 ○月 ○日		
地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿		
住所 ○○○市○○町○○-○		
氏名 栃木太郎		
認定番号	○○-○○○○	
所属 団体部局名	○○市○○課	
被災職員 職・氏名	職名 主事 氏名 栃木太郎	
療養の 経過等	傷病名及びその部位	右手中指基節骨骨折
	治療期間	○年 ○月 ○○日 から [] ○年 ○月 ○○日 まで
	治癒の年月日	[] ○年 ○月 ○○日 → 一致するように記入して下さい
	治癒の程度	<input type="checkbox"/> 完全治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 症状固定 <input type="checkbox"/> 医療効果を期待できない状態
	障害の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
現在の状況		右手中指を骨折し、治療手術を受けましたが、右手中指は伸びきったまま、少しも曲げることができず、医師からも「今後も完全硬直のまま、曲げることはできない」と言われました。
		・障害等級に該当するような障害が残った場合には、「残存障害診断書等」をお渡します。所属を通して基金支部（職員総務課）までご連絡ください