

公 務 災 害 治 ゆ 届 (例 1)
通 勤

○年 ○月 ○日

地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿

医師に「治ゆ」と言われたら忘れずに、速やかにこの「治ゆ届」を提出してください。

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 一致するように ○年 ○月 ○○日 まで 記入してください
	治 ゆ の 年 月 日	○年 ○月 ○○日
	治 ゆ の 程 度	<input checked="" type="checkbox"/> 完全治ゆ <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。	
	○ 治ゆ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「治ゆ」した時に提出してください。	

- (注意) 1 「治ゆ」には、症状が固定し、もはや医療効果が期待できないときも含む。
2 障害が残ったときは、障害の状況を詳細に現在の状況欄に記入してください。

