

# 治 ゆ 報 告 書

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金鹿児島県支部長 殿

被災職員 { 所属団体名  
所属部局名  
氏 名

下記の災害については、「治ゆ」しましたので報告します。

認 定 番 号	—	
災害発生の日時	令和 年 月 日	
傷 病 名		
治  ゆ  年 月 日	令和 年 月 日	
※ 上記年月日について、該当する□に✓印を記入すること。 <input type="checkbox"/> 最終受診日 <input type="checkbox"/> 最終受診日でない (治ゆ年月日とした理由： )		
医療機関	所在地	
	名 称	
治 療 費	公務災害補償 共済組合給付 第三者(自賠保険等を含む)	
後 遺 症 状 の 状 況	(障害補償の対象となると思われる後遺症の) 有 無	
共 済 組 合 等	地方職員共済 警察共済 公立学校共済 市町村職員共済 全国健康保険協会 国民健康保険	
上記報告について確認しました。 令和 年 月 日 (所属名) (所属長氏名)		

- (注) 1 この報告書は、傷病が治ゆしたときに所属機関を経由して支部長あてにすみやかに提出してください。  
2 「治ゆ」とは、完全治ゆのみでなく、症状が固定し、もはや医療効果が期待できなくなった場合を含みます。また、「急性症状消退まで」の条件がついている場合は、急性症状が消退した段階で治ゆしたものとします。  
3 医療機関の欄は最後に診療を受けた医療機関名を記入してください。  
4 治療費、後遺症の状況欄は、該当するものに○印をしてください。  
5 共済組合等の欄は、該当するものに○印をしてください。