

起案年月日	・	・	決定年月日	・	・	治ゆ年月日	・	・
事務長		事務次長		補償係長		係		
		主 幹		主 査				

## 治 ゆ 届

<p>地方公務員災害補償基金北海道支部長 様</p> <p>公務傷病 通勤傷病 の治ゆについて、次のとおり報告します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 属 氏 名</p>	
認 定 番 号	—
認 定 傷 病 名	
災害発生年月日	年 月 日
治ゆ年月日 (症状固定を含む。)	年 月 日
最後に治療を受けた医療機関名 及び年月日	<u>医療機関名</u> 最終受診年月日 年 月 日
治ゆ年月日が最後の治療を受けた年月日と違う場合はその理由	
治 ゆ 後 の 残 存 障 害	地方公務員災害補償法別表に定める程度の障害 有 ・ 無 (どちらかに○印をつける)
治ゆ後の残存障害が「有」の場合その障害の状態 (詳細に)	
治療費の状況  <small>(該当する番号に○印をして下さい。「その他」の場合は、その方法を記載して下さい。)</small>	1. 共済組合員証で治療しました。 2. 最初は共済組合員証で治療し、認定通知後は基金に請求するようにしました。共済組合員証を使用し自己負担したものは、認定後、返金 (されました・されていません) 3. 最初から基金に請求するようにしました。 4. 第三者 (加害者) が支払いました。 5. その他 ( )

注) ・ この治ゆ届は、被災職員本人が記載し、所属長を経由して提出して下さい。

- ・ 治ゆ後の残存障害については、地方公務員災害補償法別表に定める程度の障害か否かについて、所属の担当者に相談のうえ、記載してください。