

治 ゆ の 届

	認定番号
—	
年 月 日	
地方公務員災害補償基金新潟県支部長 様 所属団体 被災職員 所属部局 氏 名 下記のとおり治ゆ（完全治ゆのほか、症状が固定した場合も含む。）したので届けます。	
災害発生日	年 月 日
認定傷病名	
療養期間	(初診日) (最終通院日) 年 月 日から 年 月 日まで
治ゆ年月日 (症状固定年月日)	年 月 日
残存障害の有無	有 ・ 無
有 の 場 合 その部位と程度	
障害補償請求の予定	有 ・ 無
示談先行の場合の療養費の支払状況	<input type="checkbox"/> 全額支払済 — 支払者 <input type="checkbox"/> 自動車保険 <input type="checkbox"/> 加害者 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 一部支払済 { 未払分の支払予定 } <input type="checkbox"/> 全額未払 { }

- (注1) 認定傷病（複数ある場合はその全ての傷病）が「治ゆ」した場合に、速やかに所属長・任命権者を經由して提出してください。（本書記載のための医師の診断は要しません。）
- (注2) 療養期間について急性症状消退までとして認定された傷病については、本書の提出は不要です。
- (注3) 経過観察等「治ゆ（症状固定）」後の受診に要する費用は療養補償の対象となりませんので、組合員証等を使用してください。
- (注4) 「治ゆ（症状固定）」したときに地方公務員災害補償法施行規則別表に定める障害の程度が残存している場合には、請求により障害補償を受けることができますので、所属の事務担当者にご相談ください。
- (注5) 第三者加害事案の示談先行の事案で療養費が全額支払済の場合は「第三者加害行為現状（結果）報告書」と併せて提出してください。未払分がある場合は、支払終了後速やかに「第三者加害行為現状（結果）報告書」を提出してください。
- (注6) 年月日の記載には元号を用いてください。