



治 ゆ 届

年 月 日付け 号で認定された通勤災害は下記のと
おり治ゆしたのでお届けします。

なお、この届けに基づいて行われた「治ゆ認定通知」については、必要ないので申し添
えます。

年 月 日

地方公務員災害補償基金岡山県支部長 殿

所 属
被災職員
職、氏名
印
記

1 治ゆ年月日

年 月 日治ゆ (災害発生年月日 年 月 日)

2 療 養 費

イ. 地方公務員災害補償基金に請求 { した }
{ する }。

ロ. 加害者 (自動車損害賠償責任保険) に請求する。

ハ. 共済 (健保) 組合員証を使用して治療した。

ニ. 私がとりあえず病院に支払った。

ホ. 加害者が直接病院に支払った。

ヘ. その他 ()

3 後 遺 障 害

イ. 全治し、後遺障害は残らなかった。

ロ. 後遺障害が残った。 () の障害)

① 障害補償 (等級) に該当すると思われるので障害補償を請求をしたい。

② 障害補償に該当しないと思われるので障害補償の請求をしません。

③ 障害補償は加害者 (自賠責) へ請求します。

[注] (1) 公務傷病が治ゆした (症状が固定した) ときは、任命権者を経由して、この届けを提出してくだ
さい。

なお、当該傷病について再び医療を必要とするようになった場合には、当支部にご相談ください。

(2) 記の2および3の欄は、該当事項の記号に○印をつけ、()内には所要事項を記入してください。

(3) 第三者行為災害で、加害者との示談が成立しているときは、その示談書の写を添付してください。

(4) 記の3の「後遺障害」とは、地方公務員災害補償法第29条別表の第1級から第14級までの等級
に該当するものをいう。

※基金処理用
E S