

治 ゆ 届

平成 年 月 日付け 号で認定された公務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。

平成 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

平成 年 月 日治ゆ (災害発生年月日 平成 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の請求をしたい。

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、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、当支部にご相談下さい。

(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「障害補償」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。