

治 ゆ 届

認定番号 **329-00000**

平成**29**年 **3**月**12**日

地方公務員災害補償基金山形県支部長 殿

(被災職員)

公務災害

下記のとおり
の傷病が
通勤災害
治ゆしましたので届け出ます。

住	〒 000-0000 00町0022-23
所	電話 000 (000) 0000
氏名	村山 華子 印

団体・所属名 **00町教育委員会**

治癒かどうかの判断は基本的に主治医によりますので、医師と話し合
って治癒と認められた場合には、速やかに所属長、任命権者を經由し
て治ゆ届を提出してください。

傷病名及び
その部位

左手挫傷

なお、治ゆ日以降の診察代等は補償されませんので、最終受診日に
留意して本人が記載してください。(医師からの診断書は不要です。診
断書を発行してもらっても補償されませんので御留意ください。)

療 養 の 経 過 等

治療期間 平成**29**年 **2**月 **3**日 ~ 平成**29**年 **2**月**20**日

治ゆ年月日 平成**29**年 **2**月**20**日

治ゆの程度 完全治ゆ 症状固定

障害の有無 有 無

(現在の状況)

平成00年00月00日に被災し、00整形外科で縫合手術を受けましたが、

現在傷口も完全にふさがり完治しました。

災害補償における治癒とは、完全治癒のほか、症状固定があります。
症状固定とは、医学上一般に認められた医療を行っても、その傷病に対し、医療効果が期待し
得ない状態をいい、治療時には回復するが、すぐに治療前の程度の症状に戻るような状況が一
定期間続くような場合も含まれます。

最後に受診した 住 所 **00市00町23-24**

医 療 機 関 医療機関名 **00整形外科**

※当様式は、被災職員が記入してください。主治医が記入するものではありません。