公　務

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　災　害　治　ゆ　届

　　　　　　　　　　　通　勤

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　地方公務員災害補償基金栃木県支部長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 | | | | |  |
| 認定番号 |  | | | |
|  |  | |  |
| 所　　　属　　　　　団体部局名 |  | | | |
| 被災職員　　　　　職・氏名 | 職名　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | |
| 療　養　の　　　　　　　　　　経　過　等 | 傷病名及びその部位 | |  | |
| 治療期間 | | 年　　　月　　　日　から　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　まで | |
| 治ゆの年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 治ゆの程度 | | □完全治ゆ　　　□症状固定　　　□医療効果を期待できない状態 | |
| 障害の有無 | | □有　　　　　　□無 | |
| 現在の状況 | | | |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |

（注意）１　「治ゆ」には、症状が固定し、もはや医療効果が期待できないときも含む。

　　　　２　障害が残ったときは、障害の状況を詳細に現在の状況欄に記入してください。