

療養開始から治ゆまで6か月以内の場合は所属長の証明、
 6か月を超えている場合は主治医等の証明が必要です。
 ※ 6か月以内にもかかわらず主治医等の証明を取得した場合、
 診断書料は自己負担となりますのでご注意ください。

公務傷病等治ゆ報告（診断）書

地方公務員災害補償基金群馬県支部長 様 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 年 月 日 </div>							
被災職員	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">{</td> <td style="border: none;">所属団体 _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">{</td> <td style="border: none;">所属部局 _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">{</td> <td style="border: none;">氏 名 _____</td> </tr> </table>	{	所属団体 _____	{	所属部局 _____	{	氏 名 _____
{	所属団体 _____						
{	所属部局 _____						
{	氏 名 _____						
年 月 日付けで認定を受けた傷病について、下記のとおり治ゆ したので報告します。 <div style="text-align: right; font-size: small;"> 認定請求時に提出する場合、認定年月日及び認定番号は記入不要 </div>							
認定番号	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">災害発生日</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table>		災害発生日	年 月 日			
	災害発生日	年 月 日					
認定傷病名							
治ゆ年月日	年 月 日（通常は最終通院日）						
治ゆの程度	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 完全治ゆ</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 症状固定</td> </tr> </table> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="font-size: small;"> <上記で「症状固定」の場合のみ、以下も記載> 法に定める程度の障害(※)に該当する可能性の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 </p> <p style="font-size: x-small;"> ※ 地方公務員災害補償法施行規則別表第三に定める第1級から第14級までの 「障害等級」に該当するものをいいます。「障害等級」に該当する可能性があ るかどうかの判断については、主治医等に確認するなどしてください。 </p> <p style="font-size: small;"> <上記で「有」の場合> 当該残存障害の内容・程度を記載してください。（別紙可） </p>	<input type="checkbox"/> 完全治ゆ	<input type="checkbox"/> 症状固定				
<input type="checkbox"/> 完全治ゆ	<input type="checkbox"/> 症状固定						
上記のとおり相違ないことを証明します。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 年 月 日 </div>							
所属又は医療機関等の名称 _____							
所属長又は医師等の氏名 _____							

〔注意事項〕 地方公務員災害補償法上の「治ゆ」とは、傷病が完全に治った場合のみではなく、症状が固定し、治療効果が期待できなくなった状態も含まれます。
 慢性症状に対する「対症療法」などはこれに該当しますので、治ゆの手続きが必要です。

※支部記入欄	受理	年 月 日	決定	年 月 日
	通知	年 月 日		<input type="checkbox"/> 全部治ゆ <input type="checkbox"/> 一部治ゆ