　　 　　 　公務

　　　　　　　　　　　 　　　　傷病治ゆ報告書

　 　　 　 通勤

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定番号（　　　 　 ）  　令　和　　 　年 　　　月　　　 日  　地方公務員災害補償基金茨城県支部長　殿  （被災職員）所属部局名  氏　　　名 | | | | | | |
| 認　　定　　傷　　病　　名 |  | | | | | |
| 災　　害　　発　　生　　日 | 年　　　　月 日 | | | | | |
| 医療機関等で受診した期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 治ゆ年月日 | 年　　 　月 　　 日 | | | | | |
| 治　　ゆ　　の　　状　　態 | □ 完全治ゆ  □身体障害を残していない  □ 症状固定 □身体障害を残している（障害補償請求の意向 有・無)  　　　　　　　　症状【　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | | |
| 未請求の有無と期間 | □ 有（　　　年　　月　　日受診から　　　年　　月　　日迄）  □ 無 | | | | | |
| 第三者加害による災害である  場合は示談等の状況  示談を締結している場合は、その写を  添付すること。  締結していない場合は締結次第送付  すること。 |  | | | | | |
| 示談締結前に自賠等から損害  賠償の支払を受けた場合には  その内容等 | 賠償の種類 | 療養費 |  |  | 慰謝料 | 合計 |
| 賠償金額 |  |  |  |  |  |
| 受領年月日 |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　所属団体名　 　 　 　 　 所属長 | | | | | | |
|

注意　□の中に該当するものをレ印とすること。