公務

　　　　　　　　　　　 　　　　傷病治ゆ報告書

 　 　　 　 通勤

|  |
| --- |
|  　認定番号（　　　 　 ） 　　　　　　 　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  |
| 災害発生年月日 |  　　　 　　　 年 　　　月　　 日 |
| 災害発生場所 |  |
| 傷病名 |  |
| 治ゆ年月日 |  　 　　 　年　　 　月 　　 日 |
| 治ゆの程度 | □ 完全治ゆ 　　　　　□ 症状固定 |
| 障害の有無 |  □ 有（ある場合はその状況） □ 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。

・年月日の記載は元号を用いること。