

# 治 ゆ 報 告 書

|                         |              |           |          |
|-------------------------|--------------|-----------|----------|
|                         |              | 認定番号      | —        |
| 令和 年 月 日                |              |           |          |
| 秋田県市町村総合事務組合管理者 様       |              |           |          |
| 報告者（被災職員）所属<br>氏名       |              |           |          |
| 次のとおり治ゆ（中止）しましたので報告します。 |              |           |          |
| 災害発生年月日                 | 令和 年 月 日     | 治ゆ（中止）年月日 | 令和 年 月 日 |
| 傷 病 名                   |              |           |          |
| 障 害 の 有 無               | 有 ・ 無        |           |          |
| 療養を受けた<br>医 療 機 関       | (住所)<br>(名称) |           |          |
| 備 考                     |              |           |          |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。     |              |           |          |
| 令和 年 月 日                |              |           |          |
| 構成団体長                   |              |           |          |

(注意)

- 1 治ゆとは、完全治ゆのみではなく、症状が固定の状態になったものも含まれます。
- 2 中止とは、治ゆの診断を受けることなく、療養を中止した場合をいいます。
- 3 中止した場合は、備考欄にその理由を記入してください。
- 4 障害とは、地方公務員災害補償法施行規則別表第3に定めるものをいいます。