地基山形様式第１１号

治　　ゆ　　届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 認 定 番 号 | － |  |
| 年　　月　　日  地方公務員災害補償基金山形県支部長　殿  （被災職員） | | | | | | | |
| 公 務 災 害  下記のとおり 　　　の傷病が  　通 勤 災 害  治ゆしましたので届け出ます。 | | | |  | | | |
| 住  所 | 〒  電話　　　　　（　　　） | | |
| 氏  名 |  | | |
|  | |  | | | | | |
| 療  養  の  経  過  等 | 傷病名及び |  | | | | | |
|  | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　□　無 | | | | | |
|  |
| （現在の状況） | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 最後に受診した | | 住　　　所 |  | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | |

**※当様式は、被災職員が記入してください。主治医が記入するものではありません。**