

治 ゆ 届 書

届出年月日 年 月 日

1. 所属団体、所属所名 _____

2. 職氏名 _____

3. 認定番号、認定年月日 _____ 年 月 日

4. 被災年月日、傷病名 _____ 年 月 日 _____

5. 治ゆ年月日 _____ 年 月 日

任命権者又は
所属所長確認欄

上記のとおり治ゆしたことを確認する。

年 月 日

任命権者（所属所長）

（この欄は被災職員、任命権者等において記入しないこと）

治ゆ認定について（伺い）

上記治ゆ届について、治ゆ認定を行ってよろしいか。

	事務長	事務次長	補償係長	係 員	担 当 者	補償記録簿整理
決 裁						
回 議						

- （注）
1. この届出書は、公務による傷病が治ゆした後に速やかに提出してください。
 2. 治ゆとは、完全治ゆのほか、その傷病が固定しもはや医療効果が期待できなくなった状態を含みます。
 3. 治ゆ後身体に障害が残った場合には、当該障害の程度に応じ補償が行われます。