

公務  
通勤 災 害 治 ゆ 届

平成 年 月 日		
地方公務員災害補償基金鳥取県支部長 殿		
住所 氏名		
(印)		
認 定 番 号		
所属団体部局名		
被 災 職 員 名 職 氏 名	職名 氏名	
療 養 の 経 過 等	認定傷病名	
	治療期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
	治ゆ年月日	平成 年 月 日
	治ゆの程度	<input type="checkbox"/> 完全治ゆ <input type="checkbox"/> 症状固定
	障害の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	現在の状況	
上記のとおり確認しました。		
平成 年 月 日		
所属長の職・氏名		
(印)		

(注) 1. 該当する□に√印をすること。  
2. 「治ゆ」とは、完全治ゆのほか、症状が固定し、もはや医療効果が期待できなくなった状態（症状固定）をいうものであること。  
3. この届は、治ゆ後速やかに所属長の確認を受け、任命権者を經由して提出すること。