別記第 31 号

療養の終了（治癒）報告書

認定番号	○○－○○

令和○年○○月○○日

福島県市町村総合事務組合管理者様

所属・職名　○○課○○係

（被災職員）　臨時事務補助員

氏　　名　○　○　○　○

令和○年○○月○○日付けで公務災害（通勤災害）に認定された傷病について、下記のとおり治癒しましたので報告します。

記

1　治癒年月日　　令和○年○○月○○日

（災害発生年月日　令和○年○○月○○日）

（最終通院年月日　令和○年○○月○○日）

2　療養補償

(1)　すでに（福島県市町村総合事務組合・加害者・自賠責保険）から給付を受けた。

(2)　現　在（福島県市町村総合事務組合・加害者・自賠責保険）に請求中である。

(3)　今　後（福島県市町村総合事務組合・加害者・自賠責保険）に請求したい。

(4)　その他（　　）

3　障害補償

(1)　後遺障害　　ない

(2)　後遺障害　　あり

ア、障害補償の請求をしたい。

イ、障害補償に該当するかどうか不明なので、検診を受けたい。

災害による傷病が、わずかではあるが痛みがあったりして医師の治療を受けている場合、一般的には治ゆでないと考えますが、災害補償上の「治ゆ」というのは、公務災害又は通勤災害による傷病が完全に治り、原状へ戻ったときはもちろんですが、症状がなお残っている場合であっても、その症状が固定し、もはや医療効果が期待できなくなった状態又は慢性症状に移行した状態をいいます。医療効果が期待できないというのは、その医療により症状を将来に向かって軽減していく効果が期待できないことをいい、患部に疼痛を訴えるのでそれを静めるために投薬、注射をするにすぎない、いわゆる対症療法のように一時的神経症状等を抑える意味での効果をもつような場合でも、それはここでいう医療効果には含まれません。

療養補償請求書の診療費請求明細の内容と一致すること。治ゆ月日は本人が決めるものではなく、医師が判断した日となります。

必ず記入すること。

【注意事項】

1　必要事項を記入のうえ該当する箇所を○印で囲むこと。
2　第三者加害による災害で、示談が成立しているときは、示談書の写しを添付すること。
3　「障害補償」とは、地方公務員災害補償法別表の第 1 級から第 14 級までの障害に該当するものをいう。
4　後遺障害がある場合は、その部位及び程度を別紙「後遺障害申立書」に詳しく記載すること。なお、説明のため必要な場合は、図・写真等を添付すること。
5　診断書は添付する必要がない。
◎　この報告書は、あなたの所属の公務災害事務担当者に提出してください。