

療養の終了(治癒)報告書

認定番号	〇〇—〇〇
------	-------

令和〇年〇月〇〇日

福島県市町村総合事務組合管理者

被災者氏名 福島太郎

令和〇年〇月〇〇日付けで公務災害と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。

「診療費請求明細書」等の転帰欄が「治ゆ」となっている場合は同日となる。
(最終通院日と治ゆ年月日が同日でない場合は、その理由を余白に記入等すること。)

1 治癒年月日 令和〇年 6 月 10 日
(災害発生年月日 令和〇年 4 月 10 日)
(最終通院年月日 令和〇年 6 月 10 日)

2 療養補償の状況

(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 後遺障害
後遺障害 ない ・ あり
(後遺障害が「あり」の場合)

(1) 障害補償の請求手続を行うこととしたい。

(2) 障害補償に該当するかどうか不明なので、今後医師の診察を受けた上で、補償の請求手続を行うこととしたい。

(3) その他 ()