

治 ゆ 報 告 書

被災当時の所属が証明してください。
(所属長名は証明時の所属長となります。)

〇 年 〇 月 〇 日

地方公務員災害補償基金千葉県支部長 様

所 属 団 体 地方公共団体名 (任命権者ごと)

所属部局名 部局課名・事業所名
学校名・警察署名 等

被災職員氏名 〇〇 〇〇

下記の災害については、治ゆ (症状固定) しましたので報告します。

書類作成時点で認定番号が通知されていない場合は空欄のままで構いません。

認 定 番 号	〇〇 — 〇〇〇〇〇〇		
災 害 発 生 の 日 時	〇 年 〇 月 〇 日 午前・午後 〇 時 〇 分ごろ		
傷 病 名	〇〇、〇〇	認定された (認定請求する) 傷病名 はすべて記載してください。	
治 ゆ 年 月 日 (症状の固定を含む)	〇 年 〇 月 〇 日		
障 害	障 害 の 有 無 (該当するものにチェック)	☐ 無し (完全治ゆ) ☐ 有り ☐ 後遺障害 (注2) を残していない ☐ 後遺障害 (注2) を残している	
	現 在 の 症 状 (後遺障害を残している場合)	(例) 完治。右手中指に可動域制限がある。右腕が常に痛む。等	
	障害補償請求意志	☐ 有り ☐ 無し	
医 療 機 関	所 在 地	① 〇〇市〇〇123	② 〇〇市〇〇345
	名 称	〇〇病院	〇〇クリニック
	最終通院日	〇年〇月〇日	〇年〇月〇日

障害の有無については
該当するものにチェック
をしてください。

・受診した医療機関はすべて記載
してください。薬局の記載は不要
です。
・書ききれない場合は、別紙又は
余白に記載してください。
・治ゆ日と最終通院日に矛盾が
ないよう確認してください。

上記のとおり相違ないことを確認しました。

被災当時の所属が証明してください。
(所属長名は証明時の所属長となります。)

所属長の職・氏名 課長 (所長・校長・所長) 〇〇 〇〇

受 理	所属部局	任命権者	基金支部
	〇年 〇月 〇日	〇年 〇月 〇日	所属・任命権者が受理した日を 忘れずに記載ください。

(注)

- この報告書は、主治医に相談のもと、所属・任命権者を經由して、支部長あて速やかに提出してください。
主治医等に記載していただく必要はありません。また、診断書の添付は要しません。
なお、治ゆとは、完全治ゆのほかその症状が固定し、もはや医療効果が期待できなくなった状態をいいます。
(裏面参照)
- 「後遺障害」とは、地方公務員災害補償法施行規則別表第三に定める第1級から第14級までの「障害等級」に
該当するものをいいます。

「治ゆ」の考え方について

地方公務員災害補償法上の「治ゆ」の考え方は、「完全治ゆ」以外に、『医学上、一般に承認された治療方法によっては、療養の効果を期待し得ない状態となり、かつ残存する症状が自然的経過によって到達すると認められる最終の状態になった時点（症状固定）』についても「治ゆ」と考えます。

療養の効果を期待し得ない状態とは、

- ① 治療行為が終了し症状は固定しており、定期的に通院して経過観察等の状態。
- ② 受傷個所に疼痛等が残っていて、疼痛緩和等の対症療法の状態。

などで、具体的には

- ① 骨折等の傷病部位が癒合して、定期的に経過観察を行っている状態。
- ② 既に治療行為が終了して、定期的に痛み止めの薬剤等を処方されている状態。
- ③ やけどなどの瘢痕に対して、軟膏・湿布等による対症療法の状態。
- ④ 腰痛などの疼痛に対して、マッサージ・電気療法・鍼灸等による緩和治療の状態。

などが考えられます。

治ゆ後は、上記の緩和治療・対症療法等については、「療養補償」の対象外となりますが、共済において療養の給付を受けることができることとなっています。（「公務災害又は通勤災害を受けた者の治ゆ認定後の症状に対する地方公務員等共済組合法に基づく療養の給付について」昭和54年12月10日地基企第51号）

ただし、残存症状が障害等級に該当する程度の場合は、福祉事業（アフターケア、リハビリテーション等）の対象となる場合があります。

※ 治ゆ後、残存症状が障害等級に該当する場合には「障害補償」請求、又、一旦治った後において、当初の傷病又はその傷病と相当因果関係をもって生じた傷病について再び療養を必要とするに至った場合は、「再発」の認定を請求することができます。