

起案年月日		決定年月日		治ゆ年月日	
事務長	事務次長	補償係長	係		
	主幹	主査			

病状等について（回答）

年 月 日 付で照会のあったこのことについて、次のとおり回答します。

年 月 日

地方公務員災害補償基金
北海道支部長 様

所属

氏名

1. 災害の内容 <認定通知書から転記する>

認定番号	—	認定傷病名
災害発生年月日	年 月 日	

2. 現在の状況 <A又はBに○をつけ状況を記入する>

A 治ゆ（症状固定を含む。）

治ゆ年月日 (症状固定を含む)	年 月 日
最後に治療を受けた医療機関名及び年月日	医療機関名 ----- 最終受診年月日 年 月 日
治ゆ年月日が最後の治療を受けた年月日と違う場合はその理由	
治ゆ後の残存障害	地方公務員災害補償法別表に定める程度の障害 有 ・ 無
治ゆ後の残存障害が「有」の場合その障害の状態（詳細に）	

B 療養中

治療を受けている医療機関名	
療養状況	a 月に 回位通院中、 b 年 月 日から入院中
現在の症状（詳細に）	
今後の見通し	a 年 月 日 ころ治ゆまたは症状固定の見込み b 年 月 日 ころ退院見込み（現在入院中の場合）

- 注）
- この回答書は、被災職員本人が記載し、所属長を経由して提出してください。
 - Aに○印をつけた場合は、改めて治ゆ届を提出する必要はありません。
 - 治ゆ後の残存障害については、地方公務員災害補償法別表に定める程度の障害か否かについて、所属の担当者に相談の上、記載してください。