

○傷病の治ゆ認定の手續について

〔平成26年3月26日地基補第83号〕
〔各支部事務長あて 補償課長〕

標記の件については、下記事項に留意のうえ、その実施に遺漏のないよう取り扱われたい。

なお、「傷病の治ゆ認定の手續について」（昭和47年3月31日地基補第149号）は廃止するので、了知されたい。

記

- 1 地方公務員災害補償基金各支部長（以下「基金支部長」という。）は、職員が公務（地方独立行政法人法（平成15年法律第118号）第55条に規定する一般地方独立行政法人の業務を含む。以下同じ。）上負傷し、若しくは疾病にかかり、又は通勤により負傷し、若しくは疾病にかかり、治ったときは、その治ったことの認定を行い、別紙様式第1号又は第2号により、当該職員に速やかにその旨を通知するものとする。
- 2 基金支部長は、被災職員に対し、公務又は通勤により生じた災害である旨通知する際には、療養の必要がなくなったときは、その旨、基金支部長へ報告するよう書面で求めておくものとする。また、その報告があったものについては、その内容を検討のうえ、治ゆと認められる事案については、速やかに治ゆの認定を行うものとする。
- 3 上記2による報告のないものであっても、相当長期にわたって療養中となっているもの等のうちには、治ゆと認められるものがあることが考えられるので、療養補償請求書等の審査の段階で十分検討するものとする。また、おおむね6月以上にわたって療養補償の請求のないものについては、当該傷病の状況その他必要な事項を調査するものとする。
- 4 基金支部長は、上記3の措置により、完全治ゆ又は症状が固定しもはや医療効果が期待し得ないと推定されるものについては、原則として、被災職員の治療医に対し、別紙様式第3号又はこれに準ずる書面により照会を行い、その結


果、治ゆと認定すべきものは、その認定を行うものとする。なお、主治医からの回答のみによっては治ゆの認定が困難である等特別の事情がある場合には、被災職員に係る診療録等を収集したうえで、第三者の医師の意見を聴取し、その結果、治ゆと認定すべきものは、その認定を行うものとする。

- 5 急性症状に限って公務又は通勤により生じた災害と認定したものにあっては、急性症状が消退し、慢性症状に移行したと認められる時期をもって治ゆとして取り扱うものとする。
- 6 治ゆの認定は、療養補償請求書、被災職員からの報告書、主治医からの回答書等の書面に基つき治ゆの年月日を明確にして行うものとする。
- 7 基金支部長は、上記1による通知を行う際には、必要に応じ、診療機関に対し、別紙様式第4号により連絡するものとする。
- 8 基金支部長は、治ゆの認定を行った際には、災害補償記録簿等への関係事項の記入を適確に行うものとする。

(様式第1号)

地 基 第 号
平 成 年 月 日

被災職員 殿

地方公務員災害補償基金
支 部 長 名 

傷病の治ゆについて（通知）

あなたの下記の傷病については、平成 年 月 日をもって治ゆしたと認められるので、通知します。

なお、当該傷病について再び医療を必要とするようになった場合には、当支部にご相談ください。

記

1 傷 病 名


2 災害発生年月日 平成 年 月 日

3 認 定 番 号

(様式第2号)

地 基 第 号
平成 年 月 日

被災職員 殿

地方公務員災害補償基金
支 部 長 名 

急性症状の消退について（通知）

あなたの下記の傷病については、平成 年 月 日をもって急性症状が消退したものと認められるので、通知します。

なお、同日後は療養補償は行われなないこととなりますので、ご了承ください。

記

1 傷 病 名


2 災害発生年月日 平成 年 月 日

3 認 定 番 号

(様式第3号)

地 基 第 号
平成 年 月 日

主治医 殿

地方公務員災害補償基金
支 部 長 名 

治ゆの時期について（照会）

地方公務員災害補償法の規定による補償の実施上必要がありますので、お手数ながら、次の職員に係る下記の事項について、ご回報くださるようお願いいたします。

被災職員の所属団体・職・氏名

記


- 1 現状についての所見
- 2 治ゆの日又は治ゆ見込みの時期

（注）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うものとして、ご記入をお願いします。

(様式第4号)

地 基 第 号
平成 年 月 日

診療機関 御中

地方公務員災害補償基金
支 部 長 名 

療養補償の終了について（連絡）

下記の職員の傷病については、平成 年 月 日後は地方公務員災害補償法の規定による療養補償は行われませんので、ご了知願います。

記

1 被災職員の所属団体・職・氏名

3 傷 病 名

2 災害発生年月日 平成 年 月 日