

請 求 期 限  
 事故発生日の翌日から  
 起算して2年以内

## 診 断 書 (証明書)

(交通災害共済見舞金請求用)

傷病者	住所																															
	氏名	明・大・昭・平 年 月 日生																														
受傷年月日	平成 年 月 日	初診年月日	平成 年 月 日																													
受傷の原因	(詳細に記入してください)																															
傷病名及び受傷部位・態様																																
治療経過																																
治療期間	入院治療		日間を要した。										平成 年 月 日																			
	通院治療		日間(内治療実日数 日)を要した。										治ゆ・継続・中止・転医																			
		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで												平成 年 月 日																		
		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで																														
通 院 内 訳 (実治療日を○で囲んでください)																																
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
上記のとおり診断(証明)します。																																
平成 年 月 日																																
所在地																																
名称																																
電話番号																																
医師等名																																
印																																