

青森県交通災害共済見舞金請求用診断書(証明書)

傷病者	住所		
	氏名	男 女	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
傷病名			
受傷日	年 月 日	受傷原因	交通事故による
診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日 (うち診療実日数 日間)		
治ゆ または 治ゆの見込み	<p>すでに治ゆしている傷病については治ゆ日を、また、治療継続中の傷病については、受傷日を起算日とする治ゆ見込期間を○印で囲んでください。</p> <p>1. 治ゆ (年 月 日)</p> <p>2. 治ゆ見込み (ア 30日以上の見込み イ 30日未満の見込み)</p> <p>3. 継続 (ア 30日以上の見込み イ 30日未満の見込み)</p>		
後遺症または 第二次障害			
【任意】通院内訳(該当月を記入し、日に○印をつけてください。※上記に記載があれば省略可。)			
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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		
上記のとおり診断します。 年 月 日 所在地 名称 医師名 電話			
			(印)