

# 青森県交通災害共済見舞金請求用診断書(証明書)

傷者	住所																														
	氏名	男 女	明 大 昭 平	年	月	日生(	歳)																								
受傷年月日	平成	年	月	日	受傷原因	交通事故による																									
外傷診断名																															
入院治療 入院 日間										平成 年 月 日																					
平成 年 月 日から平成 年 月 日まで										治 癒 見 込 継 続 治 癒 し た																					
通院治療 治療実日数 日																															
平成 年 月 日から平成 年 月 日まで																															
通院内訳 (当該月を記入し実通院治療日に○印をつけて下さい。)																															
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
後遺症または第2次傷害																															
上記のとおり診断します。																															
平成 年 月 日																															
所在地										電話																					
名 称																															
医 師 名																															
(印)																															