

治 療 申 立 書

年 月 日 午前 午後 時 分 ころ 都道府県 市(町)において発生した
交通事故による傷病について、次のとおり治療したので申立てします。

- 1 傷病者氏名 生年月日 年 月 日生
- 2 住 所
- 3 初 診 年 月 日
- 4 治 療 期 間 年 月 日から 年 月 日まで(日間)
- 5 傷 病 名
- 6 治療日内訳

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

(治療のため通院した日を○で囲んでください。)

- 7 医療機関名及び医師名

医療機関名

電 話 番 号

医 師 名

年 月 日

申立人 住所

氏名 印

(傷病者との続柄)

山口県市町総合事務組合管理者 様

注意：治療申立書で提出された場合は、規則の規定により支給制限の対象となります。
治療申立書で請求された場合、後日診断書を提出されても一旦決定した等級の変更はありません。