[令和7年4月1日以降の事故の申請]

交 通 災 害 共 済 専 用 診 断 書

傷病者	住所　　市（町）　　番地			
	氏名	男女	大 昭 平 令　　年　月　日生（　　）歳	
受傷年月日	年　月　日	初診年月日	年　月　日	
受傷原因	交通事故による			

傷病名及び部位	治療開始	治療終了	転帰
1.	年　月　日	年　月　日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医
2.	年　月　日	年　月　日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医
3.	年　月　日	年　月　日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医
4.	年　月　日	年　月　日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医
5.	年　月　日	年　月　日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医

症状経過	
入院治療期間	年　月　日から　　年　月　日まで（　　）日間を要した。
通院治療期間	年　月　日から　　年　月　日まで

入院・通院内訳（入院した日を□・通院した日を○で囲んでください）

			(実日数計)	
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	
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	
		通院実日数合計	日	

上記のとおり診断証明する。

年　月　日

所在地
名称
電話番号
医師名　　印

注　1 入院治療期間及び通院治療期間の記入漏れのないようお願いします。
2 **治ゆ又は固定後**のリハビリ(社会復帰のための機能回復訓練等)のみを目的としたものは対象外です。
3 訂正する場合は**必ず訂正印**を押印してください。