

注意：この様式は、「交通災害共済専用診断書」に代えることができます。
ただし、この様式で提出の場合、支払は14等級までとなります。
また、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。

様式第7号(第6条関係)

治 療 申 立 書

令和〇年 4月 5日 午前 10時 35分ごろ 山口 都道府県 〇〇市(町)において発生した
午後

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 交通花子 生年月日 明大 〇年 9月 5日生
昭平

2 住 所 〇〇〇市大手町9丁目11番地

3 初 診 令和 〇年 4月 5日

4 治療期間 令和 〇年 4月 5日から 令和 〇年 6月 30日まで(日間)

5 傷 病 名 右足脛骨骨折、頭部打撲、頸椎捻挫

6 治療日内訳

4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
5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
6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 市民厚生病院
電話番号 XXX-XXX-XXXX
医師名 山口太郎
令和 〇年 7月 31日

通院又は入院された病院名、
担当医師名等を記入して下さい。

申立人 住所 〇〇〇市大手町9丁目11番地
氏名 交通花子 印
(傷病者との続柄 本人)