

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	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 年 月 日から 年 月 日まで		令和 年 月 日 治 ゆ 見 込 継 続 治 ゆ し た
通院治療 治療実日数 日 年 月 日から 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。 令和 年 月 日 所 在 地 電 話 名 称 医 師 名		