

診 断 書

(根室市市民交通傷害共済見舞金申請用)

住 所	根室市 町 丁目 番地												
氏 名										年 齡	歳		
傷 病 名	----- ----- -----												
今後の治療見通し・・・1 (入院・通院) を要する 2 完治 3 中止 (○で囲む)													
治 療 状 況	入院	自 年 月 日						入 院 実日数 日					
	通	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	通院実日数
			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	院	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	通院実日数
			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	院	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	通院実日数
			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
院	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	通院実日数	
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
通 院 小 計											日		
合 計 (入 院 + 通 院)											日		
医療機関名	上記の通り証明します 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 住所 市 町 丁目 番地 名称 医師 (印) </div>												

実治療日数 日
 未満・以上 等級
 見舞金支給額 円に該当