

# 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		31
	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		31
	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		31
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	日
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	日
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;"> <span>住所 市 町 丁目 番地</span> <span>名称 医師</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> </div>													

実治療日数 日  
 未満・以上 等級  
 見舞金支給額 円に該当