

交通災害共済診断書（長野県民交通災害共済組合）

住 所 市	氏 名 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 大正 平成 昭和 令和 </div> 年 月 日生
受 傷 年月日 令和 年 月 日	初 診 年月日 令和 年 月 日
傷病名	
経過および治療の内容	
入院治療 日	令和 年 月 日
①自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	1. 治 療 継 続 中 2. 治 ゆ 見 込 3. 治 ゆ 4. 転 医 5. 中 止
②自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	
通院治療期間 自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	
実通院治療日数 日	
通院内訳（治療を受けるため実際に通院した日を○で囲んでください。）	
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	計
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	
上記のとおり診断いたします。 令和 年 月 日 住 所 医療機関名 担当医師名	

（注）組合へ見舞金の請求をする際は、当診断書の原本を提出してください。