

診 断 書

(長野県民交通災害共済組合提出用)

傷病者	住所																																
	氏名	男 女	大正 昭和	平成 令和	年	月	日生																										
傷病名																																	
経過・治療の内容及び今後の見通し (交通事故が原因であることをご記入ください) (受傷日 令和 年 月 日)																																	
入院治療		(診断日) 令和 年 月 日 1 治 ゆ 2 継 続 3 転 医 4 中 止																															
通院治療		(下記通院内訳及び実治療日数合計をご記入ください) 自 令和 年 月 日・至 令和 年 月 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)																																	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	日	
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	日	
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	日	
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	日	
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	日	
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	日	
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	日	
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	日	
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	日	
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	日	
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	日	
実治療日数 合計																																	日
上記のとおり診断いたします。 令和 年 月 日 所 在 地 名 称 医 師 名																																	

印

見舞金請求者様 診断書の原本を組合へ提出してください。