

様式第11号

埼玉県市町村総合事務組合 御中

診断書(証明書)

請求期限
事故発生日の翌日から

(交通災害共済見舞金請求用)

傷病者	住所																															
	氏名	大・昭・平・令 年 月 日生																														
受傷年月日	令和 年 月 日	初診年月日	令和 年 月 日																													
受傷の原因	(詳細に記入してください)																															
傷病名及び受傷部位・態様																																
治療経過																																
治療期間	入院治療 日間を要した。																															
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日																														
	通院治療 日間(内治療実日数 日)を要した。																															
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	治ゆ・継続・中止・転医																														
通院内訳(実治療日を○で囲んでください)																																
年 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
年 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
年 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
年 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
年 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
年 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
年 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
年 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
年 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
年 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
上記のとおり診断(証明)します。																																
令和 年 月 日																																
所在地																																
名称																																
電話番号																																
医師等名																																
印																																