

# 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 平成 昭和 令和	年	月	日	生																									
傷病名																																
経過・治療の内容及び今後の見通し (受傷日 令和 年 月 日) (交通事故が原因であることをご記入ください)																																
入院治療																				(診断日)												
自 令和 年 月 日・至 令和 年 月 日 ( 日間)																				令和 年 月 日												
自 令和 年 月 日・至 令和 年 月 日 ( 日間)																				1 治 ゆ												
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																				2 継 続												
																				3 転 医												
																				4 中 止												
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
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。