

注意：この様式は、「交通災害共済専用診断書」に代えることができます。
ただし、この様式で提出の場合、支払は14等級までとなります。

様式第7号(第6条関係)

治 療 申 立 書

令和〇年 4月 5日 午前 10時 35分ごろ 山口 都道府県 〇〇市(町)において発生した
午後

交通事故による傷病について、次のとおり治療したので申立てします。

1 傷病者氏名 交通花子 生年月日 明大 〇年 9月 5日生
昭平

2 住 所 〇〇〇市大手町9丁目11番地

3 初 診 令和 〇年 4月 5日

4 治療期間 令和 〇年 4月 5日から 令和 〇年 6月 30日まで(日間)

5 傷 病 名 右足脛骨骨折、頭部打撲、頸椎捻挫

6 治療日内訳

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 4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 |
| 5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 |
| 6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 |

(治療のため通院した日を○で囲んでください。)

7 医療機関名及び医師名

医療機関名 市民厚生病院
電話番号 XXX-XXX-XXXX
医師名 山口太郎
令和 〇年 7月 31日

通院又は入院された病院名、
担当医師名等を記入して下
さい。

申立人 住所 〇〇〇市大手町9丁目11番地
氏名 交通花子 印
(傷病者との続柄 本人)

山口県市町総合事務組合管理者 様