

診断書 (治ゆ証明書) 医療機関用

被害者名	住所	(〒) (TEL)	
	氏名	性別	年齢
受傷年月日	年 月 日 受傷	傷病名	
受傷場所			
初診年月日	年 月 日 初診		
入院期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日	通院期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日
治療の経過 (できるだけ詳細にご記入ください)		治ゆ年月日	年 月 日 治ゆ (治療中の場合は○印を付けてください) 治療中
		外来入院日数・診療報酬点数・自己負担額	
			日数 診療報酬点数 自己負担額
		月	外来 日 点 円 入院 日 点 円
		月	外来 日 点 円 入院 日 点 円
		月	外来 日 点 円 入院 日 点 円
		月	外来 日 点 円 入院 日 点 円
後遺障害の場合その内容		月	外来 日 点 円 入院 日 点 円
		月	外来 日 点 円 入院 日 点 円
		月	外来 日 点 円 入院 日 点 円
※後遺障害詳細内容として、後遺障害診断書(所定)の提出が必要となります。		合計	外来 日 点 円 入院 日 点 円

- (注1) 傷病名が既往症の場合は、見舞金支給の対象とならない場合があります。
- (注2) 通院した日が5日(1日~5日)以内の事故は、本様式が不要です。
- (注3) 医師の診断書(治ゆ証明書)文書料の領収書を添付してください。
- (注4) 医師の指示による薬代・補装具代の明細書と領収書(コピー可)を添付してください。

上記のとおり診断(証明)いたします。
年 月 日

住 所
医療機関名
医 師 名
電 話 番 号 ()