

[令和7年4月1日以降の事故の申請]

交 通 災 害 共 濟 專 用 診 斷 書

上記のとおり診断証明する。

年 月 日

所在地

名称

電話番号

医 師 名

印

注 1 入院治療期間及び通院治療期間の記入漏れのないようお願いします。

2 訂正する場合は必ず訂正印を押印してください。

※ リハビリ(社会復帰のための機能回復訓練等)は、交通災害共済制度の対象外です。