

黄色の欄・個所を全てご記入ください。
(無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)

(6)

診 断 書

傷病者	住所	〇〇市 〇〇町 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	氏名	健保 花子	男 女	昭和 平成 令和	年 月 日生 (歳)

病名及び態様

① 別紙添付

後遺障害の有無について

(次の不要のものを抹消して下さい。なお、下記注を参照のこと)

有り・無し・未定

入院治療	日間	令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	を要す	令和 年 月 日
通院治療	日間 (内治療 実日数 日)	令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	を要す	治療継続中 治癒見込

<記入時の注意事項>

- ①・② 受診した病院様式の診断書を使用される場合は、「病名及び態様」欄に「別紙添付」と記入の上、本届出用紙と一緒にご提出ください。
(その場合、用紙上段「傷病者」各欄だけはご記入ください)

上記の通り診断致し

令和 年 月 日

②

所在地 〇〇市 〇〇町 〇〇〇〇 - 〇〇
名称 〇〇〇〇〇〇病院
医師氏名 〇〇 〇〇〇 印

- 注 1. 後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社並びに査定事務所に備付けてあります。）をご作成願います
2. この診断書は自動車賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用下さい。
なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。