

診断書記載例

様式第 6 号

診 断 書

秋田県市町村総合事務組合提出用

この様式は入院又は通院に係る共済金を請求するための診断書です

傷病者	住 所	〇〇町〇〇1丁目3-5																
	氏 名	秋 田 三 郎 (男) 大正 (昭和) 平成・令和 女 35 年 3 月 4 日 (61 歳)																
受傷年月日	令和 3 年 4 月 13 日	受傷の原因	交通事故															
傷病名及び受傷部位	右足関節外果骨折、右足関節捻挫																	
	自転車事故の場合は「自転車で転倒」等具体的に記載してください。 また、不慮の災害の場合は「転倒」や「転落」等、外因性が確認できるよう記載してください。																	
治療期間	令和 3 年 4 月 13 日～令和 3 年 5 月 15 日																	
(上記治療期間のうち受傷の原因に因る入院期間)																		
入院治療 令和 3 年 4 月 13 日～令和 3 年 4 月 24 日 (12 日)																		
実通院治療日	実 治 療 日 に ○ 印 を し て く だ さ い。																	
4 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	1 日	
	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	計	3 日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
通 院 治 療 実 日 数															合 計	4 日		
転 帰	令和 3 年 5 月 15 日 (治療)・継続・中止・その他 ()																	
※ この診断書 (様式第 8 号) は、通院及び入院を証明するものです。 後遺障害に該当する場合は、後遺障害診断書 (様式第 8 号の 2) を使用してください。																		

災害に係る受傷年月日及び受傷の原因等が記入されていない場合は共済金の支払いができません

①入院治療がある場合は、入院に係る期間が明記されていること
②実通院日に○印がされていること

上記のとおり診断いたします。

令和 3 年 5 月 15 日

所 在 地： 〇〇町中央通り5丁目1-1

医療機関名： 〇〇総合病院

医師氏名： 山 王 一 郎

(医師本人の署名がある場合は、押印の必要はありません)

担当医師より上記診断について証明をもらってください

注意

受傷年月日、受傷の原因、入院期間や通院日等の必要項目が明記されていない診断書は使用できません。
また、入院 (退院) 証明書や診療計画書又は領収書等をもってこの診断書に代えることはできません。