

治 療 申 立 書

令和 年 月 日 午前 午後 時 分ごろ 都道府県 市(町)において発生した
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 生年月日 明 大 昭 平 年 月 日生
- 2 住 所
- 3 初 診 令和 年 月 日
- 4 治療期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで(日間)
- 5 傷 病 名
- 6 治療日内訳

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
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
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

電話番号

医師名

令和 年 月 日

申立人 住所

氏名



(傷病者との続柄)

山口県市町総合事務組合管理者 様