

診 断 書

住 所 ○○市○○町○丁目○○番○号

氏 名 ○○ ○○

昭和○○年○○月○○日生 (○○歳)

病 名 **右足関節捻挫**

(初診日：平成○○年○○月○○日)

上記負傷のため、20日間の加療を要する見込みである。

「○○の疑い」傷病名は、認定の対象外となりますので御留意ください。

初診日 及び 加療期間を必ず記入してもらってください。

上記のとおり診断いたします。

平成○○年○○月○○日

○○市○○町○○番地

○○○○○○○病院

医師 ○○○ ○○○



※ 基金から療養補償の対象として支払われる文書料（診断書）は、認定請求書に添付して基金に提出した診断書（原本のこと）1通分に限りです。したがって、サービス上の理由で取得した診断書は、自己負担となります。

なお、診断書の様式については、各医療機関で用意してあるものを使用してください。