治　療　申　立　書　　防府市交通災害共済用）

平成　　年　　月　　日（午前・午後）　　時　　分ごろ　　において発生した交通事故による傷害について、下記のとおり治療したことを申立てします。

記

1 被　共　済　者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2 傷　　病　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3 治 療 開 始 日　平成　　年　　月　　日

4 治 療 最 終 日　平成　　年　　月　　日

5 治療した実日数 ＿＿＿＿＿＿＿＿日

6 治 療 機 関 名

医院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成　　年　　月　　日

防府市長　　あて

申立者　住所　防府市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

被共済者との続柄　　）