

# 治療申立書

令和 年 月 日(午前・午後) 時 分ごろ に

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 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

4 治療最終日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

5 治療した実日数 \_\_\_\_\_ 日

6 治療機関名

\_\_\_\_\_ 医院名

令和 年 月 日

(宛先) 防府市長

申立者 住所 防府市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(被共済者との続柄 )