

「交通事故証明書」及び「交通災害共済専用診断書」
に代えることができる様式

「交通事故証明書」に代えて「交通事故申立書（様式第5号）」を、
「交通災害共済専用診断書（様式第6号）」に代えて「治療申立書（様式第7号）」
を、提出できます。

ただし、「交通事故申立書」の場合は、12等級までのお支払いが限度となり、「治療申立書」の場合は14等級までのお支払いが限度となります。

交 通 事 故 申 立 書

平成 年 月 日 午前 午後 時 分ごろ 都道府県 市(町)に

において発生した事故は交通事故であることを次のとおり申立てします。

1 被災者氏名 生年月日 明大昭平 年 月 日生

2 住 所

3 事故類型等

1	車 両 相 互				車 両 単 独				10	11	12
	2	3	4	5	6	7	8	9			
人対車両	衝突	接触	追突	その他	転倒	道路外逸脱	衝突	その他	踏切	類型不明調査中	その他

4 車両の種類

平成 年 月 日

申立人 住所

氏名



(被災者との続柄)



山口県市町総合事務組合管理者 様

----- (証 明 欄) -----

(目撃者証明)

上記事実に相違ないことを証明いたします。

平成 年 月 日

住 所

氏 名



(自治会長・部落長等証明)

上記事実に相違ないことを証明いたします。

平成 年 月 日

住 所

氏 名



注意：この様式は、交通事故証明書に代えることができます。
ただし、この様式で提出の場合、支払は12等級までとなります。

様式第5号(第6条関係)

交通事故申立書

平成23年 4月 5日 午前 10時 35分ごろ 山口 都道府県 ○○市(町)に
午後

において発生した事故は交通事故であることを次のとおり申立てします。

1 被災者氏名 交通花子 生年月日 明大昭平 51年 9月 5日生

2 住所 ○○○市大手町9丁目11番地

3 事故類型等

1	車両相互				車両単独				10	11	12
人対車両	2	3	4	5	6	7	8	9	踏切	類型不明 調査中	その他
	衝突	接触	追突	その他	転倒	道路外 逸脱	衝突	その他			

4 車両の種類 自転車

平成 23年 7月 31日

申立人 住所 ○○○市大手町9丁目11番地

氏名 交通花子 (印)

(被災者との続柄 本人)

山口県市町総合事務組合管理者 様

----- (証明欄) -----

(目撃者証明)

上記事実と相違ないことを証明いたします。

平成 23年 8月 1日

住所 ○○市○○町2丁目1-3

氏名 共済舞子 (印)

(自治会長等証明)

上記事実と相違ないことを証明いたします。

平成 年 月 日

住所

氏名

(印)

目撃者か、自治会長等
のどちらかの証明を
もらって下さい。

治 療 申 立 書

平成 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 平成 年 月 日
- 4 治療期間 平成 年 月 日から平成 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

平成 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

注意：この様式は、「交通災害共済専用診断書」に代えることができます。
ただし、この様式で提出の場合、支払は14等級までとなります。

様式第7号(第6条関係)

治 療 申 立 書

平成**23**年 **4**月 **5**日 午前 **10**時 **35**分ごろ **山口** 都道府県 **〇〇**市(町)において発生した
午後

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 **交通花子** 生年月日 明大昭平 **51**年 **9**月 **5**日生

2 住 所 **〇〇〇市大手町9丁目11番地**

3 初 診 平成 **23**年 **4**月 **5**日

4 治療期間 平成 **23**年 **4**月 **5**日から平成 **23**年 **6**月 **30**日まで(日間)

5 傷 病 名 **右足頸骨骨折、頭部打撲、頸椎捻挫**

6 治療日内訳

4 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
5 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
6 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 **市民厚生病院**
電話番号 **08×-×××-××××**
医 師 名 **山口太郎**
平成 **23**年 **7**月 **31**日

通院又は入院された病院名、
担当医師名等を記入して下
さい。

申立人 住所 **〇〇〇市大手町9丁目11番地**
氏名 **交通花子** (印)
(傷病者との続柄 **本人**)

山口県市町総合事務組合管理者 様