

交通事故(相手入通院)状況確認書

京都府共済協同組合 御中

傷 害 者 名		生年月日		年	月	日
傷 病 名						
病 院 名						

入院・通院された日に○を付けてください。							入 院	通 院									
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	日
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	日
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	日
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	日
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	日
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
※具体的な入・通院日が確認できない場合は期間と合計日数で結構です							合計日数	日	日								
年	月	日	～	年	月	日											

入通院状況は上記であることを証明します

(印)

(口頭でしか確認できなかった場合は、以下をご記入下さい。)

上記の通り調査し、確認いたしました。

確認日時		年	月	日	午前・午後	時	分
確認先							
確認者名	(印)						
代理所名	(印)						