

重度後遺障害に関する証明書

平成 年 月 日

様

奨学生	住 所	
	氏 名	㊟
出願者	在学学校名	第 学年

この度、公益社団法人北海道交通安全推進委員会奨学生に出願のため、交通事故により負傷した(氏名) _____ の自動車損害賠償保障法施行令別表に掲げる後遺障害の程度について証明をお願いいたします。

記

証 明 事 項		
後 遺 障害者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
上記の者は、自動車損害賠償保障法施行令別表に掲げる		
1 第 級の保険金の支払いを受けた。		
2 第 級の後遺障害に相当する障害がある。(診断書添付)		

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

保険会社等名

公立病院名

氏名

㊟

注1 この証明書は、自動車損害賠償保障法による保険金又は共済金を受領している者は、保険会社等で証明願います。

その他の者は、公立病院で診断を受け医師から証明をいただいでください。この場合は診断書も添付願います。

注2 「後遺障害」に関する欄は、1か2を○で囲み等級も記入願います。