（様式15）

**公益財団法人日本通運育英会　理事長殿**

　　　　年　　月　　日

**後遺障害証明書**

下記の者は、**「自動車損害賠償保障法施行令別表」による、**

【該当する方を〇で囲み、等級を記入。（※）診断書も一緒に提出する。】

Ａ．第「　　」級の後遺障害に相当する障害がある。（※）

　　　Ｂ．第「　　」級の保険金・共済金の支払を受けた。

該当者

氏　名　　　　　　　　　　　　男・女　生年月日　　　　年　　　月　　　日生

住　所

**上記のとおり証明します。**

（証明機関）

病院名　　　　　　　　　　　　　　　　（証明者）

保険会社名

法人名　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

所在地

電　話　（　　　　）　　　－

1.本証明書は、保護者等が死亡の場合は、提出不要です。

2.本証明書の作成にかえて、医師の診断書の写し、身体障害者手帳を所持の方は等級記載面の写し提出も可。