



傷 病 届

平成 年 月 日			
(あて先)神川町長			
(世帯主)住所			
氏名 印			
電話番号			
受診者に関する事	氏 名		世帯主との続柄
	生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日	
	国保記号番号	—	
	職 業		電話番号
雇主(相手方)に関する事	住 所		
	氏 名		
	職 業		電話番号
傷病の状況	傷病発生年月日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分ころ	
	傷病発生場所		
	傷病発生原因及び状況		
	当初受診医療機関名		
	傷 病 名		
	診 療 見 込 期 間		費用見込額