

傷 病 届

年 月 日				
[あて先]神川町長				
(世帯主)住所				
氏名				
電話番号				
受 診 者 に 関 する 事 件	氏 名			世帯主との続柄
	生 年 月 日	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 件	住 所			
	氏 名			
	職 業		電話番号	
傷 病 の 状 況	傷 病 発 生 年 月 日	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	円	

【添付書類】 ☐ 交通事故証明書
☐ 事故発生状況報告書