様式第32号(第31条関係)

|  |
| --- |
| 傷病届 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日  (あて先)神川町長  (世帯主)住所  氏名  電話番号 | | | | | | | | |
| 受診者に関すること | | 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)に関すること | | 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