

傷 病 届

| | | | |
|--------------|-------------|--------------------|---------|
| | | 年 月 日 | |
| (宛先)神川町長 | | (世帯主)住所 | |
| | | 氏名 | |
| | | 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 | 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 | 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 |