

傷病届

令和 年 月 日

(あて先) 葦崎市長
(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	昭和・平成・令和 年 月 日		
	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号			
	職 業		電 話 番 号	
相手方に関する こと	住 所			
	氏 名			
	連 絡 先			
傷病の 状 況	傷病発生年月日	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃		
	傷病発生場所			
	傷病発生原因 及 び 状 況			
	受診医療機関名			
	傷 病 名			
	診 療 見 込 期 間		費 用 見 込 額	円
	どちらかに○印をお願いします			
今回の医療費について 第三者から補償が あります () ありません				