**傷　　病　　届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| （あて先）　忍 野 村 長 | | | |  | | | |
|  | | | | （世帯主） | | | |
|  | | | | 住所　山梨県南都留郡忍野村忍草・内野 | | | |
|  | | | | 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 | T ・ S ・ H　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | |
| 国保記号番号 | ５９　－ | | | | |
| 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 | | 令和　　　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 | |  | | | | |
| 傷病名 | |  | | | | |
| 診療見込期間 | |  | | 費用見込額 | 円 | |