

傷病届

(宛先)
綾瀬市長

年 月 日

届出者(世帯主)

住 所 _____

氏名 _____

連絡先(電話番号) _____

次のとおり届け出ます。

被保険者		証記号・番号	5	3	・										
世帯主との続柄		男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日								

傷病の原因 (あてはまる番号を ○でかこんでくだ さい。)	1. 自己の不注意によるもの。 2. 地震等の自然災害によるもの。 3. 故意の自損行為によるもの。 4. その他 ()													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

傷病発生の 状 (発生の原因・発生 の状況を詳細にご 記入ください。→)	傷病発生日	年 月 日	午前・午後	時 分頃
	傷病発生場所			

医療機関名 (複数ある場合 はすべてご記入 ください。)	
---------------------------------------	--

診療見込期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
--------	-------------------

備 考		受付印

受付

--