

内	胃	神	小	外	整	脳外	皮	泌	産	眼	耳		入院	外来
---	---	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	--	----	----

年 月 日

米沢市国民健康保険保険者 様

第三者行為等による受傷通報

医療機関で記入	記 号 番 号	—	保険者名	米 沢 市		
	国保取得年月日	年 月 日	1. 世 帯 主	2. そ の 他		
	被 害 者 氏 名 (受 傷 者)		連 絡 先 (電 話)			
	世 帯 主 名					
	住 所					
	傷 病 名					
当事者記入	事 故 発 生	年 月 日 午 ^前 後 時 分頃				
	発 生 場 所					
	加 害 者 氏 名		連 絡 先			
	住 所					

上記の者が下の区分のとおり受傷し、当院において
診療していることを通報いたします。

区 分	<input type="checkbox"/> 第三者行為	<input type="checkbox"/> 自損行為
	<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> その他

療養取扱機関の
所在地
名 称

病(医)院確認

担 当	
--------	--

市国保確認

米沢市国民健康保険適用	
担 当	可 ・ 否

内	胃	神	小	外	整	脳外	皮	泌	産	眼	耳		入院	外来
---	---	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	--	----	----

年 月 日

米沢市国民健康保険保険者 様

第三者行為等による受傷通報

医療機関で記入	記 号 番 号	—	保険者名	米 沢 市	
	国保取得年月日	年 月 日	1. 世 帯 主	2. そ の 他	
	被 害 者 氏 名 (受 傷 者)		連 絡 先 (電 話)		
	世 帯 主 名				
	住 所				
	傷 病 名				
当事者記入	事 故 発 生	年 月 日 午 ^前 後 ^後	時	分頃	
	発 生 場 所				
	加 害 者 氏 名		連 絡 先		
	住 所				

上記の者が下の区分のとおり受傷し、当院において
診療していることを通報いたします。

区 分	<input type="checkbox"/> 第三者行為	<input type="checkbox"/> 自損行為
	<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> その他

療養取扱機関の
所在地
名 称

病(医)院確認

担 当	
--------	--

市国保確認

米沢市国民健康保険適用	
担 当	可 ・ 否

内	胃	神	小	外	整	脳外	皮	泌	産	眼	耳		入院	外来
---	---	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	--	----	----

年 月 日

米沢市国民健康保険保険者 様

第三者行為等による受傷通報

医療機関で記入	記 号 番 号	—	保険者名	米 沢 市		
	国保取得年月日	年 月 日	1. 世 帯 主	2. そ の 他		
	被 害 者 氏 名 (受 傷 者)		連 絡 先 (電 話)			
	世 帯 主 名					
	住 所					
	傷 病 名					
当事者記入	事 故 発 生	年 月 日	午 ^前 _後	時 分頃		
	発 生 場 所					
	加 害 者 氏 名		連 絡 先			
	住 所					

上記の者が下の区分のとおり受傷し、当院において
診療していることを通報いたします。

区 分	<input type="checkbox"/> 第三者行為	<input type="checkbox"/> 自損行為
	<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> その他

療養取扱機関の
所在地
名 称

病(医)院確認

担 当	
--------	--

市国保確認

米沢市国民健康保険適用	
担 当	可 ・ 否