

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

入院	外来
----	----

平成 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	昭和 平成	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	見 本				
	傷 病 名					
当 事 者 記 入	事故発生	平成	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)院確認印

担 当	
--------	--

市国保確認印

米沢市国民健康保険適用	
担 当	可 ・ 否