



傷病届

年 月 日

(あて先) 甲府市長

(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・平・令 年 月 日		
	国保記号番号	—		
	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	傷病発生日	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		
			
	当初受診医療機関名			
	傷病名			
診療見込期間		費用見込額	円	