

傷 病 届

年 月 日

山梨県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 様

(届出者)

住 所

氏 名

電話番号

受診者に
関すること

氏 名

生年月日

年 月 日

被保険者
番号

人身傷害保険
(特約)の加入

有 ・ 無

保険会社名

相手方に
関すること

住 所

氏 名

連 絡 先

傷病の
状況

傷病発生年月日

年 月 日 時 分頃

傷病発生場所

傷病発生原因
及び状況

受診医療機関名

備 考