

# 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				