

傷病届

年 月 日

大熊町長 様

(世帯主) 住所

氏名

印

あなた(被害者) に関する事	氏 名		世帯主との続柄	
	生 年 月 日		電話番号	
	国保記号番号			
	任 意 保 険 加 入 状 況	有 ・ 無	保険会社名	
相手(加害者) に関する事	住 所			
	氏 名			
	任 意 保 険 加 入 状 況	有 ・ 無	電話番号	
傷 病 の 状 況	傷 病 発 生 年 月 日	年 月 日 午前・午後 時 分ごろ		
	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 期 間		費 用 額	円

※加入している保険会社に損害賠償の交渉を 継続している ・ 終了した