

|    |      |    |   |
|----|------|----|---|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|    |      |    |   |

## 医療福祉費支給制度に係る事故届出書

|   |                   |   |      |            |  |       |  |
|---|-------------------|---|------|------------|--|-------|--|
| 事故内容  | 発生日時              | 令和      年      月      日      午前・午後      時      分頃 |      |            |  |       |  |
|   | 発生場所              |   |      |            |  |       |  |
| 事故に<br>あった者   | 住 所               | 土浦市   |      |            |  |       |  |
|   | 氏 名               |   | 生年月日 | 大・昭・平・令    |  | 年 月 日 |  |
|   | 区 分               | 81・82・89・80・84・83・85・86・88・87・90・92               |      | 受給者番号      |  |       |  |
|   | 疾病又は<br>負傷の状況     |   |      | 医療機関名      |  |       |  |
| 事故の<br>状況   |                   |   |      |            |  |       |  |
|   |                   |   |      |            |  |       |  |
|   |                   |   |      |            |  |       |  |
|   |                   |   |      |            |  |       |  |
|   |                   |   |      |            |  |       |  |
|   |                   |   |      |            |  |       |  |
|   |                   |   |      |            |  |       |  |
|   |                   |   |      |            |  |       |  |
|   |                   |   |      |            |  |       |  |
|   |                   |   |      |            |  |       |  |
|   |                   |   |      |            |  |       |  |
|   |                   |   |      |            |  |       |  |
| <p>上記のとおり届けます。</p> <p style="text-align: center;">令和      年      月      日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">届出者      氏名      _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">(保護者)      電話      _____</p> |                   |   |      |            |  |       |  |
| 担当者処理欄  | 健康保険      社保 ・ 国保 |   |      | 担当者      ㊞ |  |       |  |