労災／通勤災害／公務災害　診療申込書

受付日　　㊞

ＩＤ

・カード忘れ　　・カード再発行（¥１１０）　㊞

下記の太枠内のご記入をお願いします。

受傷日：平成／令和　　年　　月　　日			
前医療機関：			
フリガナ		性　別	
氏　　名		男	女
生年月日	昭和　・　平成　・　令和　　年　　月　　日　　才		
住　　所	〒　　－		
自宅電話	（　　）　　－		
本人携帯			
緊急連絡先	フリガナ		
	氏　名	続柄（　　）	
	※上記以外のお電話番号をご記入ください。 （　　）　　－		
勤務先名		担当者氏名：	
住　　所	〒　　－		
電話番号	（　　）　　－		
提出方法	労働災害／通勤災害でご受診される方は、**受診月内**に必要書類をご提出下さい。 下記のどちらかに、○をつけてください。		
	・持参（ご本人もしくはご家族・職場の方でも構いません）　　・郵送		
	※ご提出頂けない場合は、自費でのお支払いになる可能性がございますので予めご了承ください。		

【　病院使用欄　】

様式	・５号　・６号　・１６号－３　・１６号－４　・公務認定通知書 ・提出済　　・保留	保険証写し	・済み　　・忘れ
来院予定	◆来院日未定 ◆受診予約：　　・有　　・無 月　　日　　Ｄｒ	公務申請診断書	・提出（済）　・提出（未）
備考欄			㊞