

(あて先) 南砺市長 田中 幹夫

### 傷病原因について(確認票)

保険証の 記号番号	南砺	受診者 氏名	
		生年 月日	
傷病の原因: あてはまる番号を○で囲み、[ ] 内に原因を詳しく記入願います。			
1. 交通事故によるもの 2. 業務上の災害(交通事故以外の、会社や事業所での負傷) 3. 地震・落雷・火事等の天災によるもの 4. その他(具体的に書いてください)			
[ ]			
受診者の職業 勤務先名	TEL 自宅 ( ) — 勤務先 ( ) —		
連絡された 損害保険会社名	TEL ( ) —		

上記の記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日

本人 確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 ( )
	<input type="checkbox"/> パスポート
	<input type="checkbox"/> 住基カード(写真有)
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード

世帯主 住所 南砺市

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(窓口に来た人の氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ )