

大阪府医師会 傷害補償事業 発生報告書

私は、大阪府医師会が第三者へ個人情報を提供することに同意の上、本発生報告書を提出します。

記入日： 年 月 日

会 員	フリガナ		医療機関名	
	氏名		医療機関 住所	〒
	医籍番号			
	生年月日	年 月 日		
	府医種別	<input type="checkbox"/> A会員 <input type="checkbox"/> B会員 <input type="checkbox"/> C会員		TEL:

発生日	年 月 日	※ 2012年(平成24年)4月1日以降の発生日が対象となります。
発生の状況 発生場所 発生後の経過 などを記入	【発生報告書 見本】 原紙は郡市区等医師会にあります。	

傷病名								
入院期間	①	年	月	日	年	月	日	
	②	年	月	日	年	月	日	
	③	年	月	日	年	月	日	
受診医療機関	①					TEL:	-	-
	②					TEL:	-	-
	③					TEL:	-	-

大阪府医師協同組合 からの請求書類等 ご送付先・ご連絡先 (1または2に○)	① 医療機関(上記住所のとおり)		
	② 自宅	(自宅の場合は住所をご記入ください)	
		〒	
		TEL:	

<記入者が代理人の場合>

代理人氏名: _____ 住所: _____

会員との続柄 (_____) TEL: _____



※ 傷害補償事業は公的医療活動従事中・医師会活動従事中・一般診療中等、就業中のおケガを補償する制度のため、別紙「就業中事故証明書」もあわせてご提出ください。

【大阪府医師協同組合 使用欄】

個人コード	法人コード	保険種類	<input type="checkbox"/> 所 <input type="checkbox"/> 福 <input type="checkbox"/> 他()
<input type="checkbox"/> 案内・ご請求書類 送付日	保険金請求	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 個 <input type="checkbox"/> 法	