※保険会社等より、ご連絡のない場合は患者様本人に治療費等をご請求致しますのでご了承下さい。

ＩＤ　　・カード忘れ　・カード再発行（¥１１０）　㊞

交通事故　診療申込書

事故日	平成・令和　年　月　日
前医療機関	（　）

※下記の太枠内にご記入をお願い致します。

フリガナ		性　別	
氏　名		男	女
生年月日	大正・昭和・平成・令和　年　月　日　才		
住　所	〒　－		
自宅電話	（　）　－		
本人携帯	（　）　－		
勤務先	勤務先名		
	電話番号（　）　－		
緊急連絡先（上記以外の電話番号）	フリガナ		
	氏　名　続柄（　）		
	電話番号（　）　－		

【病院使用欄】

診断書	無　・　有　（警察・保険会社・その他）		保険証コピー	済み　・　忘れ	
受診予定	予　約	有　・　無	救急加算	有　・　無	
	日　時	月　日	会計入力	未　・　済	㊞
	受診日未定	（Dr.　：　）			
備考欄			受付日		㊞
			連絡が入った日		