

自動車事故医療苦情申立書

一般社団法人愛知県労災指定医協会 殿

医療機関 所在地
(申立者)名称
開設者
担当者
電話番号

下記の事案につき、苦情を申し立てますので調査方お願いします。

記

I 苦情事案

| | |
|---------------|--|
| 患者氏名 | 殿 () 才 男・女 明・大・昭・平 年 月 日生 |
| 傷病名 | |
| 事故発生日時 | 平成 年 月 日 午前 時 分ころ 午後 |
| 治療期間 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (入院・通院) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (入院・通院) |
| 転帰 | 継続・治療・中止・死亡 |
| 治療費 (請求金額) | 円 |

II 苦情先 (該当に○を付してください)

1 任意一括 (下記①②を記入) 2 自賠償のみ (下記②のみ記入)

| | |
|--------|-------------|
| ①保険会社 | 保険会社 課・センター |
| | 担当者 電話番号 |
| ②調査事務所 | 調査事務所 |
| | 担当者 電話番号 |

III 診療費の算定基準

| | | |
|---------|---------------|-----------|
| 1 新算定基準 | 2 健保基準 (単価 円) | 3 その他 () |
|---------|---------------|-----------|

IV 苦情内容（必要に応じ資料を添付願います）

| |
|----------|
| |
| 受付印・受理番号 |