

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 ※H=平成、R=令和

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	H・R 年 月 日 午前 時 分ころ 午後
治療期間	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日 (入院・通院) H・R 年 月 日 ~ H・R 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