

[별지 제14호서식]

제3자 가해행위에 의한 의료보호신고서									
보호 기관 기 호		보호 기관명							
세 대 주 성 명		주민등록번호							
수 진 자 성 명		주민등록번호							
주 소									
진 료 구 분	입원 · 외래	진료 개시일							
상 병 명			상병분류기호						
가 해 자 성 명		주민등록번호							
주 소									
사 고 일 시									
사 고 내 용 (구체적으로 기재)									
의료보호법 제12조 및 동법시행규칙 제24조제2항의 규정에 의하여 위와 같이 제3자 가해로 인하여 의료보호를 받고 있음을 신고하오니 의료보호 제한여부를 지체없이 통보하여 주시기 바랍니다. 년 월 일 신 고 인 (수진자와의관계) 진 료 기 관 명 주 소 (인) (인) (시장·군수·구청장) 귀하									

31312-34011 일

91.8.12 승인

210mm×297mm

(신문용지 54g/m²)