

※ 太枠内に記入してください。

資格区分

一般・退職

| | |
|------|---|
| 整理番号 | — |
|------|---|

自損事故等による傷病届

| | | | | |
|------------------|-------------------------|---|------------|------|
| 被 保 険 者 | 被保険者 記号番号 | | 被保険者 氏名 | |
| | 事故発生の 年 月 日 | | 午前 午後 | 時 分頃 |
| | 事故発生 場所 | | | |
| | 事故発生の 具体的原因と その状況 | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | |

| | | |
|------------------------|---|-------|
| 受診した 医療機関に 関する事項 | 受診した医 療機関名 (複数あれば すべて記入 してくださ い) | |
| | 保険診療 開始日 | 年 月 日 |

上記のとおり届けます。

平成 年 月 日

世帯主 住所 _____

氏名 _____ (印)

電話 _____

市 町 村 受 付

| |
|--|
| |
|--|