

自損事故等による傷病届

受 傷 者	被保険者証の番号						
	ふりがな				性別	生年 月日	年 月 日
	氏 名				男 女		
	住 所	〒			電話番号		
事故及び負傷の状況	受 傷 日 時	年 月 日 午前・午後 時 分頃					
	受 傷 場 所						
	受 傷 の 原因と状況						
	(どのようにして受傷したか、または、何が原因で事故を引き起こしたのか、具体的に記入してください)						
	傷 病 名						
	病 院 名	医 療 機 関 名					
		診 療 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日				
医 療 機 関 名							
診 療 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日					
医 療 機 関 名							
診 療 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日					
警 察 へ の 届 出	届 済 ・ 未 届 (いずれかに○印)						
行 政 処 分 の 内 容	違 反 点 数	有 (点) ・ 無					
	罰 金 の 額	有 (円) ・ 無					
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり届けます。 年 月 日 〒 住 所 (世帯主) 氏 名 電話番号							
東成瀬村長 様 注 1 提出時まで不明な点は、そのままにして提出し、後日判明した時点でご連絡ください。 2 事故証明書があれば、その写しを添付してください。							