

自損事故による傷病届

被保険者証の番号	東串国保	被保険者	氏名		男・女
			生年月日	年 月 日	
事故の日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分頃				
事故の場所					
事故の原因	(該当するものを○で囲む) 脇見、居眠り、スピードの出し過ぎ(km/h)、飲酒運転 酒気帯び運転、路面スリップ、無免許、その他()				
受傷の状況 (どのようにして受傷したかを具体的に書いてください。)					
医療機関名		入・外	診	年 月 日	
				～	年 月 日
		入・外	療	年 月 日	
				～	年 月 日
		入・外	間	年 月 日	
				～	年 月 日

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

東串良町長 殿

住 所

国保世帯主名

氏 名

印