

※ 太枠内に記入してください。

資格区分	後期高齢者
所得区分	現役・一般・低Ⅱ・低Ⅰ

整理番号	—
------	---

自 損 事 故 等 に よ る 傷 病 届				
被 保 険 者	被 保 険 者 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			

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下さい)	
	保 険 診 療 開 始 日	年 月 日

上 記 の と お り 届 け ま す。	
令和 年 月 日	
住 所	
氏 名	⑩
(被保険者との続柄)	
電 話	

市 ( 区 ) 町 村 受 付
広 域 連 合 受 付