

※ 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	宇土一	被保険者 氏名	
	事故発生 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 してくださ 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
【世帯主】住所 _____ _____
氏名 _____
電話 _____
【届出人】氏名 _____ (世帯主との続柄)

市町村受付