

※ 太枠内に記入してください。

資格区分

後期高齢者

整理
番号

—

所得区分

現役・一般・低Ⅱ・低Ⅰ

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 日	年 月 日	午前 午後	時 分頃
	事 故 発 生 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