

※ 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 \_\_\_\_\_ (印)

(被保険者との続柄) \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

市(区)町村受付
広域連合受付