

自損事故等による傷病届

被 保 険 者	被保険者 記号番号	水俣国保一	被保険者 氏 名	
	事 故 発 生 の 年 月 日	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

