

※ 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	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。
平成 年 月 日
住所 _____
_____
氏名 _____ (被保険者との続柄) ⑩
電話 _____

市 町 村 受 付
_____
広 域 連 合 受 付
_____