

資格区分	一般(若人・前期)・退職
------	--------------

負担割合	( )割
------	------

※枠内を記入してください。

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(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

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名  
(被保険者との続柄) \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

(印)

受付印

確認欄	
資格	
給付	
第三者	