

自 損 事 故 に よ る 傷 病 届						
被 保 険 者	医療種別	国保一般( 割) 退職本人・家族( 割) 前期高齢者( 割)				
	証記号	新居浜国保	証番号		受給者番号	
	氏 名	フリガナ				
	個人番号			昭 平	年 月 日 生	男 ・ 女 ( 歳)
事 故 発 生 状 況						
事故発生日時	平 ・ 令 年 月 日 午前 ・ 午後 時 分頃					
事故の場所						
事故の原因	(該当するものを○で囲む) わき見 ・ いねむり ・ スピードの出し過ぎ( km/h) ・ ハンドル操作ミス 路面スリップ ・ その他( )					
事故状況						
同乗者の 有 無	無 ・ 有 同乗者の住所 同乗者の氏名					
医療機関等名		診療開始日	年 月 日			
		診療開始日	年 月 日			
		診療開始日	年 月 日			
事 故 現 場 に お け る 状 況 を 	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)					

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日 世帯主 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_