|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自 損 事 故 等 に よ る 傷 病 届 | | | | | | |
| 被保険者証  記号番号 | 美里 | | 被保険者  氏　　名 |  | 世帯主との続柄 |  |
| 負傷の日時 | | 午前  　　令和　　　年　　　月　　　日　　午後　　　時　　　分頃 | | | | |
| 負傷の場所 | |  | | | | |
| 負傷時の状況  （できるだけ詳しく、具体的に記入してください） | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 令和　　　年　　　月　　　日から |

|  |
| --- |
| 上記のとおり届け出ます。  令和　　　年　　　月　　　日  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  （被保険者との続柄）  電　話　（　　　　　）　　　　－  美里町長　　上　田　泰　弘　　様 |