|  |
| --- |
| 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 |