※ 太枠内に記入してください。

資格区分	
所得区分	現役・一般・低Ⅱ・低Ⅰ

整理番号	—

自損事故等による傷病届

被保険者	被保険者証番号		被保険者氏名	
	事故発生の年月日	午前 午後		
	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。

年　月　日

住所　熊本県葦北郡芦北町大字

世帯主氏名　㊞
(被保険者との続柄)

電話

市町村受付