

傷 病 届 (自 爆)

国民健康保険の番号を記入してください。

氏名・生年月日・性別・個人番号・世帯主からみた続柄を記入してください。

記 号 番 号	5 6 -	個 人 番 号	
被 保 険 者 名	刀がナ	性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	昭和 年 月 日生 平成	世 帯 主 と の 続 柄	
負 傷 の 日 時	平成 年 月 日 午前・後 時 分頃		
負 傷 の 場 所			
負 傷 時 の 状 況 及 び 発 病 の 状 況	負傷した日時・場所(八街市〇〇路上など)・ 状況を記入してください。		
負 傷 又 は 発 病 の 程 度	負傷の内容を記入してください。(頸椎捻挫など)		
	国民健康保険による診療を平成 年 月 日から 受けている 受けていない		
診 療 を 受 け た 医 療 機 関 名 等	当初 医療機関名を記入してください。	転院後	
上記のとおり届け出します。			
	平成 年 月 日	申請日・世帯主の住所・氏名・個人番号・電話番号 を記入し、押印してください。	
	世帯主 住 所	八街市	
	氏 名	(印)	
	個 人 番 号	— —	
	電 話 番 号	— —	
八 街 市 長 様			

- 注 1. 負傷時の状況及び発病の原因はできるだけ詳細に記入してください。
 2. 調査の必要上、関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。