

傷 病 届 (自 爆)

記 号 番 号	5 6 -	個 人 番 号	
刀がナ 被 保 険 者 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 生	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 又 は 発 病 の 程 度	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	転院後	
上記のとおり届け出します。 平成 年 月 日 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。