自損事故による傷病届

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証  の番号 |  | 被  保  険  者 | 氏名 | |  | | 男・女 |
| 生年月日 | | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　 年　　 月　　 日 | | |
| 事故の日時 | 年　　　月　　　日（　　）　 午前・午後　　 時　　 分頃 | | | | | | |
| 事故の場所 |  | | | | | | |
| 事故の原因 | （該当するものを○で囲む）  脇見、居眠り、スピードの出し過ぎ（　　　　km/h）、飲酒運転  酒気帯び運転、路面スリップ、無免許、その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 受傷の状況  (どのようにして受傷したかを具体的に書いてください。) |  | | | | | | |
| 医療機関名 |  | | | 入・外 | 診  　　療  　　期  　　間 | 年　　月　　日  ～ 　　　　年　　月　　日 | |
|  | | | 入・外 | 年　　月　　日  ～ 　　　　年　　月　　日 | |
|  | | | 入・外 | 年　　月　　日  ～ 　　　　年　　月　　日 | |

上記のとおり届け出ます。

　　 年　　 月　　 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

被保険者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印