自損事故による傷病届

<table>
<tr><td rowspan="2">被保険者証の番号</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">被保険者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>M・T・S　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>事故の日時</td><td colspan="5">年　　月　　日（　　）　午前・午後　　時　　分頃</td></tr>
<tr><td>事故の場所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>事故の原因</td><td colspan="5">（該当するものを〇で囲む）
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（　　）</td></tr>
<tr><td>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。）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">医療機関名</td><td></td><td>入・外</td><td rowspan="3">診療期間</td><td colspan="2">年　月　日
～　年　月　日</td></tr>
<tr><td></td><td>入・外</td><td colspan="2">年　月　日
～　年　月　日</td></tr>
<tr><td></td><td>入・外</td><td colspan="2">年　月　日
～　年　月　日</td></tr>
</table>

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