

資格区分	一般 ・ 退本 ・ 退扶
------	--------------

高齢者	3割 ・ 2割 ・ 1割	三歳未満 (2割)
-----	--------------	--------------

整理番号	—
------	---

第三者の行為による傷病届（自損）

被 保 険 者	記号番号			
	氏名		生年月日	昭和 令和 平成 年 月 日
	事故発生の 年 月 日		年 月 日	午前 午後 時 分頃
	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)	
	国保診療 開始日	年 月 日

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

住所 熊本市 _____

世帯主

氏名 _____ (印)

電話 _____

受付印

※ 医療機関によっては、保険治療できない場合がございます。
保険治療ができない場合には、療養費の申請ができます。