

| | |
|------|---|
| 整理番号 | — |
|------|---|

| | |
|------|--------------|
| 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) |
|-----|--------------|--------------|

第三者の行為による傷病届（自損）

| | | | | |
|------------------|-------------------------|--|------|-------------------------|
| 被 保 険 者 | 記号番号 | 1234-5678 | | |
| | 氏名 | 熊本 花子 | 生年月日 | 昭和 令和 平成 〇 年 × 月 〇 日 |
| | 事故発生の 年月日 | 平成23 年 〇 月 × 日 午前 午後 2 時 30 分頃 | | |
| | 事故発生 場所 | 熊本市〇〇丁目*番*号 | | |
| | 事故発生の 具体的原因と その状況 | ・ 車をガードレールにぶつけて、怪我をした ・ 一方的な暴行をうけた ・ 屋根から落ちて、怪我をした | | |

| | | |
|------------------------|---|---------------|
| 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) | **総合病院 |
| | | **整形外科 |
| | 国保診療 開始日 | 令和元 年 〇 月 × 日 |

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

住所 熊本市 □□□町**番**号

世帯主
氏名 熊本 太郎 (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。