

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			
	氏名		生年月日	昭和 令和 平成 年 月 日
	事 故 発 生 の 年 月 日	午前 午後 時 分頃		
	事 故 発 生 の 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

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。