

## 自損事故による傷病（負傷）届

被保険者 記号・番号		鱒国・
給付開始年月日		年 月 日
負傷者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	性別	男 ・ 女
	職業	
	電話番号	
負傷の状況	負傷年月日	年 月 日
	負傷の程度	
	治癒までの見込み	①入院 日      ②通院 日 ③治療費 円
医療機関	所在地	
	名称	
	電話番号	
被保険者の人身 傷害補償保険	保険の有無	有 ・ 無
	保険会社名	
	担当者名	
	電話番号	

国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおりお届けします。

年 月 日

鱒ヶ沢町長 殿

届出人住所 \_\_\_\_\_

届出人氏名 \_\_\_\_\_ 印