自損事故による傷病届

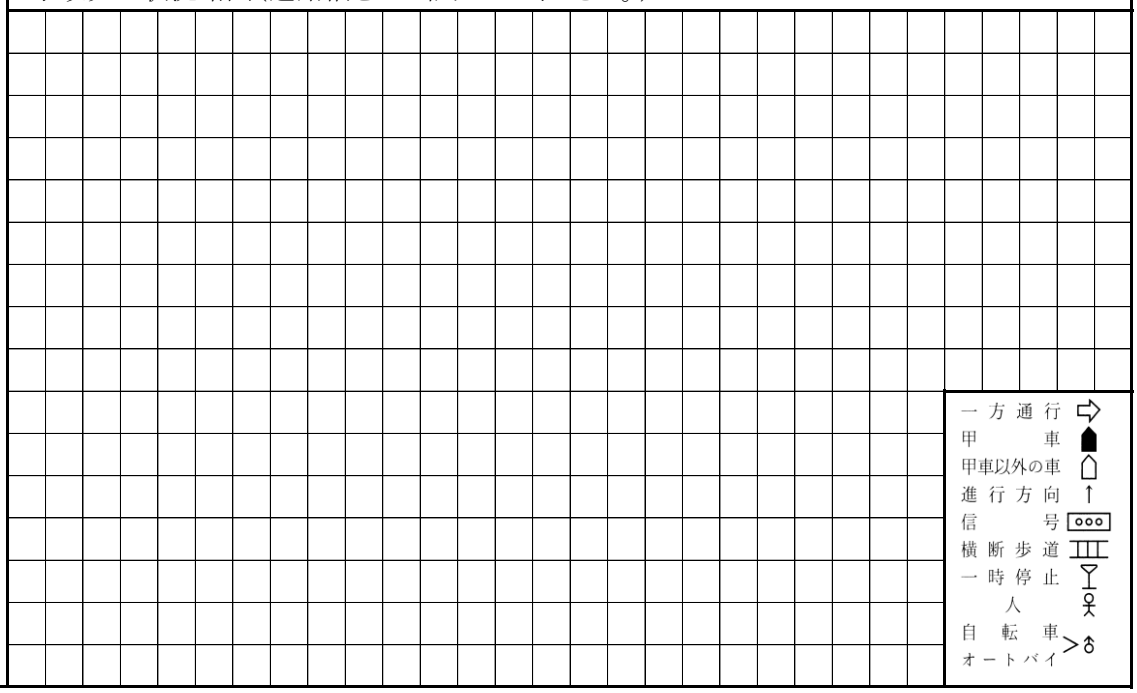
被保険者	医療種別	国保一般（　　割）　前期高齢者（　　割）				
	記号	新居浜国保	番号		受給者番号	
	氏名	フリガナ				
		個人番号	昭　平　年　月　日生（　歳）			

事故発生状況	
事故発生日時	令和　年　月　日　午前・午後　時　分頃
事故の場所	
事故の原因	（該当するものを〇で囲む） わき見 ・ いねむり ・ スピードの出し過ぎ（　km/h） ・ ハンドル操作ミス 路面スリップ ・ その他（　）
事故状況	
同乗者の有無	無 ・ 有　同乗者の住所 同乗者の氏名

医療機関等名		診療開始日	年　月　日
		診療開始日	年　月　日
		診療開始日	年　月　日

事故現場における状況を図示してください。

事故発生状況略図（道路幅をmで記入してください。）



上記のとおり届けます。

令和　年　月　日　　世帯主　住所

氏名