自損事故による傷病届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証  記号番号 | |  | | 氏　　名 | Ｓ.Ｈ　　年　　月　　日生 | | | 世帯主と  の続柄 |  |
| 事故内容 | 発生日時 | 午前  　　　年　　　月　　　日　　午後　　　時　　分頃 | | | | | | | |
| 発生場所 |  | | | | | | | |
| 発生原因 | 自動車　・　バイク　・　自転車　・　その他（　　　　　　　） | | | | | | 同乗者  の有無 | 有・無 |
| 発生状況 |  | | | | | | | |
| 傷病及び  負傷の程度 | |  | | | | | | | |
| 医療機関名 | | 当初 |  | | | 転医後 |  | | | |
| 上記のとおり届け出ます。  　　　　　　　　年　　月　　日  世帯主  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　ＴＥＬ  　　　　相馬市長 | | | | | | | | | |