

自損事故による傷病届

事故の原因・状況等	事故日時	年 月 日 午前・午後 時 分 頃					
	事故場所						
	事故の原因	当てはまるものがあれば○をしてください。 ただし、下記原因による交通事故は給付制限対象となります。					
		<ul style="list-style-type: none"> ・無免許運転 ・ 飲酒運転 ・居眠り運転 ・ 信号無視 ・速度超過 (km/h) ・麻薬等運転 					
事故の状況 (具体的に)							
警察署への届け出	届済 ・ 未届 (いずれかに○印)						
受 傷 者	被保険者証の記号・番号		和 3 ・				
	フリガナ 氏 名		性 別	男 女	生年月日	年 月 日	
	住 所	〒					
	連絡先						
同 乗 者	同乗者の有無		有 無 (いずれかに○印)				
	フリガナ 氏 名		性 別	男 女	生年月日	年 月 日	
	住 所	〒					
	連絡先						
受診した医療機関	医療機関名						
	初 診 日	年 月 日					
	国保開始日	年 月 日					
<p>上記のとおりお届けします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">(印) _____</p> <p>(あて先) 橋本市長</p> <p>注 1 提出時まで不明な点は、そのままにして提出し、後日判明した時点でご連絡下さい。 2 事故証明書があれば、その写しを添付してください。</p>							