

傷病届													
(宛先) 西郷村長													
被保険者名 (傷病者)				証記号・番号	島	6	0	・					
世帯主との 続柄			男・女	生年月日	年 月 日								
傷病の原因 あてはまる番号を ○でかこんでくだ さい。	1. 自己の不注意によるもの。 2. 地震等の自然災害によるもの。 3. 故意の自損行為によるもの。 4. その他 ()												
傷病発生の 状況 発生の原因・発生の 状況を図示により詳 細にご記入くださ い。	傷病発生日		年 月 日 午前・午後 時 分頃										
	傷病発生場所												
医療機関名 複数ある場合はすべ てご記入ください。													
診療見込期間	年 月 日 ～ 年 月 日 まで												
備考													
国民健康保険法による保険給付を受けるにあたり、本届出の内容に誤りの無いことを誓約いたします。 <div>年 月 日</div> <div>届出者（世帯主）</div> <div>住所 _____</div> <div>氏名 _____</div> <div>連絡先（電話番号） _____</div>													

※自動車、オートバイ等による交通事故（自損）の場合のみ提出してください。